

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem**

**PRÁTICAS DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS NOS HOSPITAIS - ELOS DE LIGAÇÃO**

**CONTINUITY CARE PRACTICES IN HOSPITALS - CONNECTING LINKS**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva  
Martins e coorientada pela Professora Doutora Elisabete Bernardino

**Maria José Carreira Santos**

**Porto, 2018**



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, pelo empenho, paciência e acompanhamento ao longo desta caminhada.

A todos os hospitais e em particular, aos enfermeiros por terem participado no estudo e permitirem a realização deste trabalho.

Às Sr<sup>as</sup> Enfermeiras Diretoras Clarisse Martins e Isabel Rocha, pela influência no meu percurso profissional

À instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional

Aos meus amigos pela presença, Natália, Gabriela, Gracinda, Rui, Isabel entre tantos outros.

A minha família, em especial à minha filha, pelo apoio constante.

A todos, o meu sincero obrigado.



## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ACES - Agrupamentos de Centros Saúde

ARS - Administração Regional Saúde

APEGEL- Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança em Enfermagem

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CFI - Classificação da Funcionalidade do Idoso

CH - Cuidados Hospitalares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECR - Equipa Coordenadora Regional

DL - Decreto-lei

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ECCISM - Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

ElHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ER - Equipa Referenciadora

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FCG - Fundação Calouste Gulbenkian

GDH - Grupo de Diagnósticos Homogéneos

HP - Hospitais Portugueses

INE - Instituto Nacional de Estatística

INESTEC - Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência

ICN - *International Council of Nursing*

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico.

PDS - Plataforma de Dados da Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRH - Rede de Referência Hospitalar

SES - Secretário de Estado da Saúde

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

UE - União Europeia

USF - Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência adquirida Humana

## RESUMO

A continuidade de cuidados é um problema comum nos sistemas assistenciais que tem preocupado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, como apontam vários indícios. Bastará para tal, olhar para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e os resultados da sua evolução, publicados em relatórios do Ministério da Saúde (MS) e para a organização das Equipas de Gestão de Altas (EGA) nos hospitais, para perceber que este tema é transversal aos diferentes níveis de cuidados.

Contudo, não tem havido evidência sobre o processo organizativo da continuidade de cuidados, sobre os modelos em uso e ainda sobre a homogeneidade dos procedimentos planeamento de alta hospitalar. É neste contexto que surge a dúvida que nos levou à pergunta de partida *“Estará garantida a todos os clientes a continuidade assistencial com o desenvolvimento do processo de planeamento de alta, considerando as diferentes respostas para a continuidade de cuidados?”*

Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, exploratório do qual fizeram parte sessenta e nove enfermeiros que trabalham na área da continuidade de cuidados. O instrumento utilizado foi o questionário de autopreenchimento, em cujo estudo participaram enfermeiros oriundos de cinco distritos do norte do país e de quinze hospitais.

Dos resultados, salienta-se o reconhecimento do enfermeiro de ligação no serviço, a existência de um formulário próprio e o recurso a vários meios, como por exemplo o telefone, o correio eletrónico e o sistema informático, como promotores da continuidade de cuidados. Foi ainda identificado que os profissionais de saúde, no contexto hospitalar, desenvolvem um processo estruturado do planeamento de alta. O processo de reinternamento demonstra ser uma área frágil, bem como a articulação entre os profissionais que fazem a continuidade. Constata-se ainda que a operacionalização da ligação intra e interinstitucional na continuidade de cuidados não é consensual nos hospitais estudados. Enquanto uns assumem a existência de um enfermeiro de ligação intrainstitucional (enfermeiro de referência ou enfermeiro de reabilitação do serviço), outros referem que o elo de ligação na continuidade de cuidados é assumido pelo enfermeiro da EGA.

Estes resultados apontam para a necessidade de estudar mais esta temática e cumprir os fluxos de intercâmbio de informação clínica de forma mais sistemática e potenciadora da continuidade de cuidados.

**Continuidade de cuidados, planeamento de alta, alta programada, enfermagem, enfermeiros de ligação.**

## ABSTRACT

The continuity of health care is a common problem in the care systems and it has evidently worried the National Health Service (SNS) in Portugal, as several indications point and its evolution. By looking at the results of the National Network of Continuing Integrated Care (RNCCI) (published in the Ministry of Health (MS) reports) and the hospitals organization of High Management Teams (EGA), we are able to understand the extend of these concerns across the different levels of care.

However, there is no evidence of the continuity of care organizational process, the models in use, and the homogeneity of procedures in the planning of hospital discharge. It was this lack of proof that led us to our initial question: *"Does the system offer the guarantee of health care continuity to all clients with the development of planning the process of discharge, considering the different responses to the process?"*

We developed a quantitative, descriptive and investigative study which includes sixty-nine nurses that work in the area of continuity of care. For this, we used as reference a questionnaire of self-completion answered by nurses from fifteen districts of the north of the country and from fourteen different hospitals.

The results highlight the recognition of the nurses in service, the existence of a form for this purpose and the use of several media, such as the telephone, email and computer system to promote the continuity of care. It has also been recognized that the health professionals, carry out an organized process of discharge. The process of reinternment, on the other hand, appears to be a fragile area, as well as the articulation between the professionals who make the continuity. It was also noted that the way the connection between institutions in the continuity of care operates is not consensual in the hospitals studied. While some declare the existence of a nurse responsible for the connection between institutions (reference nurse or service rehabilitation nurse), others assume that the High Management Team nurse is in charge of the connections in the continuity of care.

These results highlight the need to study this theme further and of completing the exchange of clinical information more often in order to enhance the continuity of care.

Continuity of care, discharge planning, discharge scheduled, nursing, bonding nurses.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 - OLHARES SOBRE AS TRANSIÇÕES NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....</b>	<b>19</b>
1.1- ENFERMAGEM E SAÚDE DAS POPULAÇÕES .....	20
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	24
1.3. PROCESSOS DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS - ELOS DE LIGAÇÃO .....	28
1.3.1 - <i>Admissão e assistência de Enfermagem</i> .....	31
1.3.2. <i>Planeamento de alta</i> .....	33
1.4. SUPORTES LEGISLATIVOS À CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	36
1.5 - UM OLHAR POR OUTROS PAÍSES SOBRE CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	39
<b>2 - RESPONSABILIDADE DO GESTOR EM ENFERMAGEM NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS</b>	<b>45</b>
2.1 - A CONTINUIDADE DE CUIDADOS - UMA GARANTIA DE QUALIDADE .....	48
2.2 - INDICADORES SIGNIFICATIVOS PARA O PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	50
2.3. - O MÉTODO DE TRABALHO COMO GARANTIA DE CONTINUIDADE.....	51
<b>3 - TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>57</b>
3.1. VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	58
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	62
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	64
3.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	65
<b>4 - AS EVIDÊNCIAS DAS PRÁTICAS DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO HOSPITAL .....</b>	<b>67</b>
4.1- DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	67
4.2 - PROCESSOS DE LIGAÇÃO NA CONTINUIDADE.....	70
4.2.1. - <i>A admissão para a continuidade</i> .....	73
4.2.2 - <i>Coordenação de recursos e serviços para a continuidade</i> .....	78
4.3 - DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE ALTA.....	83
4.4 - COMUNICAÇÃO HOSPITAL VERSUS REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	90
4.4.1 - <i>Acompanhamento após a alta</i> .....	92
4.4.2 - <i>Reinternamento hospitalar</i> .....	94

4.5 - FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA CONTINUIDADE .....	97
4.6 - CONDIÇÕES PARA GARANTIR A LIGAÇÃO NA CONTINUIDADE .....	98
<b>5 - DA CONTINUIDADE IDENTIFICADA À CONCEÇÃO DOS ELOS DE LIGAÇÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>6- CONCLUSÃO.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
Anexo I - Questionário	
Anexo II - Declaração de consentimento enviada aos hospitais públicos da região Norte	

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1. CARACTERIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS .....	41
QUADRO Nº2 - VARIÁVEL SOCIODEMOGRÁFICA .....	58
QUADRO Nº 3 - VARIÁVEL DAS CONDIÇÕES PROFISSIONAIS .....	58
QUADRO Nº 4 - VARIÁVEL DO CONTEXTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO. ....	59
QUADRO Nº 5 - VARIÁVEL DO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS NOS SERVIÇOS .....	60
QUADRO Nº6 - VARIÁVEL DO PROCESSO DA CONTINUIDADE EM REDE .....	61
QUADRO Nº 7 - VARIÁVEL DO ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA.....	61
QUADRO Nº 8 - VARIÁVEL SOBRE O REINTERNAMENTO .....	62
QUADRO Nº 9 - HOSPITAIS DA AMOSTRA .....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DA FORMA DE RECOLHA DE DADOS .....	65
TABELA 2 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA POR DISTRITO .....	67
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO.....	68
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL.....	68
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HABILITAÇÕES ACADÉMICAS.....	68
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CATEGORIA PROFISSIONAL .....	69
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TIPO DE EXERCÍCIO DE FUNÇÕES.....	69
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TIPO DE HORÁRIO DE TRABALHO .....	69
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SE EXISTEM NO SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES ENFERMEIROS DE LIGAÇÃO.....	71
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A QUEM SOLICITA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	71
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO MEIO ATRAVÉS DO QUAL É SOLICITADA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS.....	72
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DO MEIO DE COMUNICAÇÃO UTILIZADO ENTRE O ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO E OS DEMAIS PROFISSIONAIS.....	72
TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO UM FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA ATIVIDADE COMO ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO.....	73
TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA REALIZAÇÃO DE EXAME FÍSICO NA AVALIAÇÃO INICIAL .	73
TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS RAZÕES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME FÍSICO NA AVALIAÇÃO INICIAL .....	74
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA COM O CLIENTE NA AVALIAÇÃO INICIAL .....	74
TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS ABORDADOS NA ENTREVISTA .....	75
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DO CONTACTO COM ALGUM FAMILIAR PARA PARTICIPAR NA AVALIAÇÃO INICIAL .....	75
TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAR O RISCO DE REINTERNAMENTO .....	76
TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DA REALIZAÇÃO DE REGISTO DO RISCO DE REINTERNAMENTO DO CLIENTE.....	76

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA AVALIAÇÃO INICIAL AO CLIENTE.....	77
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO SEU PAPEL NO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	77
TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE O CONHECIMENTO DOS RECURSOS EXTERNOS NECESSÁRIOS PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	78
TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DA FORMA COMO SE OBTVE O CONHECIMENTO DOS RECURSOS EXTERNOS PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	79
TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE UMA REDE DE APOIO INTRA-HOSPITALAR QUE AUXILIA NA COORDENAÇÃO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS .....	79
TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA REDE DE APOIO INTRA HOSPITALAR.....	80
TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DA EXISTÊNCIA DE UMA REDE DE APOIO EXTRA HOSPITALAR QUE AUXILIA NA COORDENAÇÃO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS .....	80
TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA REDE DE APOIO EXTRA HOSPITALAR.....	81
TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DA FORMA DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS .....	81
TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS PROFISSIONAIS QUE RECEBERÃO O CLIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS .....	82
TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DA REFERENCIAÇÃO DOS CLIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA.....	82
TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE O INÍCIO DO PLANO DE ALTA .....	83
TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE ENVOLVIMENTO DE OUTROS PROFISSIONAIS NO PLANO DE ALTA .....	84
TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PLANO DE ALTA .....	84
TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE COORDENADOR DO PLANO DE ALTA .....	85
TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL QUE COORDENA O PLANO DE ALTA .....	85
TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS ITENS DO PLANO DE ALTA .....	85
TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO DO ENVOLVIMENTO DOS FAMILIARES NO PLANO DE ALTA..	86
TABELA 39 - DISTRIBUIÇÃO DA REALIZAÇÃO DE CONTACTOS COM FAMILIAR NO DIA DA ALTA .....	86

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DA REALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES DO PLANO DE ALTA OU DELEGAÇÃO A OUTRO PROFISSIONAL .....	87
TABELA 41- DISTRIBUIÇÃO QUANTO À ENTREGA DO PLANO DE ALTA AO CLIENTE NA ALTA HOSPITALAR.....	87
TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO À REALIZAÇÃO DE PLANO DE ALTA A TODOS OS CLIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO .....	88
TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAR, NAS PRIMEIRAS 48 HORAS, OS RISCOS DE PROBLEMAS COM A ALTA.....	88
TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DAS CONDIÇÕES DO CLIENTE POSSÍVEIS DE SE IDENTIFICAR NAS PRIMEIRAS 48H E QUE TÊM IMPLICAÇÕES NA ALTA .....	88
TABELA 45 - DISTRIBUIÇÃO CONDIÇÕES DO CLIENTE RELACIONADAS COM PATOLOGIAS E POSSÍVEIS DE SE IDENTIFICAR NAS PRIMEIRAS 48H E QUE TÊM IMPLICAÇÕES NA ALTA..	89
TABELA 46 - DISTRIBUIÇÃO DE OUTRAS SUGESTÕES SOBRE O PLANO DE ALTA DO CLIENTE .....	89
TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO DA FORMA COMO O PROFISSIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS TOMA CONHECIMENTO DO ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE .....	91
TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DO MOMENTO EM QUE O PROFISSIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE QUE RECEBE O CLIENTE É INFORMADO SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO MESMO .....	91
TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO DA EXISTÊNCIA DE INDICADORES QUE AVALIAM O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CLIENTE .....	92
TABELA 50 - DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE INDICADORES QUE AVALIAM O PROCESSO DE TRANSIÇÃO .....	93
TABELA 51 - DISTRIBUIÇÃO DA POSSIBILIDADE DO CLIENTE PODER ENTRAR EM CONTACTO COM A ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELA ALTA.....	93
TABELA 52 - DISTRIBUIÇÃO DO MEIO DE CONTACTO ENTRE CLIENTE E A ENFERMEIRA .	94
TABELA 53 -DISTRIBUIÇÃO DA INFORMAÇÃO SOBRE O REINTERNAMENTO DE UM CLIENTE .....	94
TABELA 54 - DISTRIBUIÇÃO DA EXISTÊNCIA DE UM PERÍODO DE TEMPO ENTRE A ALTA O REINTERNAMENTO DO CLIENTE, PARA QUE DESENVOLVA ALGUMA AÇÃO.....	95
TABELA 55 - DISTRIBUIÇÃO DO MOMENTO EM QUE SE DESENVOLVE ALGUMA AÇÃO ENTRE A ALTA E O REINTERNAMENTO DO CLIENTE.....	95
TABELA 56 - DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS ENTRE A ALTA E O REINTERNAMENTO DO CLIENTE .....	96

TABELA 57 - DISTRIBUIÇÃO DA INFORMAÇÃO DADA AO PROFISSIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O CLIENTE FOI ENCAMINHADO, AQUANDO O REINTERNAMENTO DO CLIENTE .....	96
TABELA 58 - DISTRIBUIÇÃO SOBRE INFORMAÇÃO DADA AO FAMILIAR/CUIDADOR SOBRE AS CAUSAS DO REINTERNAMENTO DO CLIENTE .....	96
TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES FACILITADORES DA ATIVIDADE DE LIGAÇÃO.	97
TABELA 60 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DIFICULTADORES À ATIVIDADE DE ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO .....	98
TABELA 61 - DISTRIBUIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA ATUAR COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO .....	99
TABELA 62 - DISTRIBUIÇÃO DAS PROPOSTAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ATUAR COMO ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO .....	99
TABELA 63 - DISTRIBUIÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E QUE NÃO FORAM QUESTIONADAS .....	100





## **INTRODUÇÃO**

A continuidade de cuidados após a alta hospitalar é considerada como um processo fundamental na garantia da qualidade dos cuidados de saúde ao doente e cuidador. Após a alta hospitalar, o doente e o cuidador deparam-se com o problema de adaptação à nova condição de saúde que exige uma intervenção programada por parte dos profissionais de saúde, chamada de planeamento de alta.

O planeamento de alta é um processo organizado e multidisciplinar que permite que no momento da alta hospitalar tudo esteja preparado para que ocorra continuidade. O planeamento de alta impõe aos profissionais de saúde uma abordagem centrada no doente, no cuidador e no meio social que os envolve. Exige ainda, uma resposta integrada, eficaz e coordenada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados e a utilização adequadas de recursos (Petronilho, 2007).

Em Portugal, existe uma RNCCI, onde se espera uma articulação entre as instituições que dão resposta aos problemas de saúde dos cidadãos que necessitem de acompanhamento em processo de dependência, particularmente depois de um processo de doença ou por envelhecimento. Podemos afirmar que, depois de um período de internamento hospitalar de situação de doença aguda, que traga alterações na vida das pessoas, temos duas respostas organizadas: uma de prolongamento do internamento com recurso à RNCCI e outra de articulação da resposta da família/cuidador no domicílio com o apoio dos serviços dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que determina um planeamento de alta atempada.

A literatura nacional e internacional é consensual ao afirmar que o planeamento da alta, para ser eficiente, deverá iniciar-se no momento da admissão hospitalar (ou mesmo da pré-admissão) do doente, estabelecendo-se logo que possível uma data previsível de alta (Petronilho, 2007). À luz de vários autores, entendemos que o planeamento atempado da alta permite preparar adequadamente o doente e o seu cuidador/família ou encaminhar para outras respostas da comunidade, promovendo a continuidade de cuidados e garantindo as condições necessárias para desenvolver ao máximo, o potencial de recuperação, reabilitação e reinserção (Lopes et al, 2010).

O êxito de um processo de continuidade de cuidados está relacionado com a utilização adequada de recursos (Petronilho, 2007). As equipas de saúde responsáveis pelo planeamento da alta devem identificar, o mais breve possível e com a participação do doente e cuidador, as necessidades de cuidados pós-alta, desenvolvendo planos de cuidados apropriados, que minimizem o risco de readmissões ou de complicações, promovam ações

programadas de ensino (informação, demonstração e treino) desde o início do processo de cuidados, de forma a assegurar a disponibilidade de todos os recursos no momento da alta, e evitem constrangimentos para o doente e cuidador, assim como o prolongamento do internamento.

É nesta ordem de pensamento que entendemos que se insere o conceito de enfermeiro de ligação apresentado por Bernardino, et al. (2010), isto é, como o profissional indicado para estabelecer a comunicação com o doente, identificar as suas necessidades e capacidades, assegurar a colaboração do cuidador após o regresso ao domicílio e estabelecer com as equipas da instituição hospitalar e extra-hospitalar meios para a continuidade de cuidados.

Na realidade do nosso país, podemos constatar que, no contexto hospitalar, os enfermeiros de ligação atuam a dois níveis: o primeiro quando operacionalizam todo o processo de transição do doente para o domicílio; o segundo quando há necessidade de referenciar o doente para cuidados continuados, ou seja para as EGA. Contudo, a experiência profissional tem demonstrado que nem sempre há uniformidade neste processo nas unidades hospitalares, embora em todas as elas, existam EGA.

Temos ainda a dúvida de como é feita a continuidade de cuidados nas situações em que os doentes não integram a RNCCI e têm necessidades de apoio após a alta, uma vez que a organização dos cuidados de saúde na comunidade não está organizada de forma sistemática, consistente e em rede.

Desta forma, torna-se importante que os enfermeiros, por se encontrarem numa posição privilegiada para satisfazer as necessidades dos doentes, compreendam a realidade que envolve a continuidade de cuidados, particularmente na identificação das necessidades do doente e cuidador, assim como os recursos afetos à saúde para satisfação dessas necessidades (Phaneuf, 2001). A pertinência da avaliação da continuidade de cuidados releva-se importante porque, considera-se que os enfermeiros funcionam como elo central no planeamento da alta e na prática de continuidade de cuidados, interagindo e integrando as equipas multidisciplinares num lugar de destaque, garantindo a qualidade assistencial no planeamento de alta do doente.

Ficamos assim motivados para que neste trabalho sejamos capazes de sintetizar o processo de pesquisa desenvolvido em meio hospitalar, com o objetivo de compreender o que se faz, e como se faz o planeamento de alta, na região norte de Portugal.

Com o objetivo de transparecer a aprendizagem sobre a investigação, organizámos este trabalho partindo de uma revisão da literatura e contextualização do tema em estudo. A seguir, expusemos o planeamento do trabalho de campo, os resultados obtidos e a sua discussão. Por último, apresentámos algumas considerações e as principais conclusões que podem contribuir para melhorar a assistência de continuidade de cuidados.

## 1 - OLHARES SOBRE AS TRANSIÇÕES NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Embora as práticas de continuidade de cuidados não sejam assunto novo, consideramos que ao longo do tempo os enfermeiros sempre se articularam de alguma forma com o doente, o cuidador/família e com os CSP, procurando dar respostas em função do contexto e das necessidades de cuidados de saúde dos utentes.

A integração e continuidade de cuidados constitui uma resposta aos desafios que os sistemas de saúde se deparam para reduzir a fragmentação na prestação de cuidados de saúde, centrando-os no cliente. Neste sentido, destaca-se a importância da integração dos sistemas de saúde, com prestação de cuidados ligados continuamente, de forma a obter ganhos em saúde.

A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e dos Centros Hospitalares (CH) surgiu como uma tentativa de organização horizontal e vertical de cuidados. As ULS surgem em 1999, intensificando-se a partir de 2007. São caracterizadas como uma entidade única, de integração de cuidados de natureza vertical, reunindo diferentes níveis de cuidados, com o objetivo de efetuar uma melhor interligação entre os centros de saúde, os hospitais, e eventualmente os cuidados continuados. A interligação da prestação de cuidados, tem ainda como objetivo encaminhar e orientar os utentes dos CSP para os cuidados hospitalares, dar uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente promover o retorno para os cuidados de saúde primários (ERS, 2015). Os CH e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), são organizações horizontais, caracterizados pela integração de duas ou mais instituições, que produzem os mesmos serviços, numa instituição única, com o objetivo de gerar economias de escala e poder de mercado, otimizar os serviços prestados e reforçar a articulação e complementaridade técnica ou assistencial. Estas estruturas de oferta de cuidados foram criadas com o objetivo de facilitar o acesso do cliente aos cuidados de saúde, operacionalizar os processos de transição de um doente entre os diferentes serviços e níveis de cuidados de saúde. Estas transições são particularmente suscetíveis de causar grande impacto no doente e família, quando não existe um *continuum* de cuidados (Lopes et al 2014).

No entanto, face ao contexto atual desta oferta do SNS e com o objetivo de responder à mudança na procura de cuidados de saúde após a alta, houve necessidade de encontrar alternativas à hospitalização mais prolongada dos doentes que necessitavam de continuidade de cuidados, através de uma melhor coordenação dos mesmos, em ambulatório ou unidades de internamento.

Com o surgimento, em 2006, da RNCCI e a criação das EGA nos hospitais públicos torna-se evidente a necessidade de criar uma estrutura formal, para garantir essa mesma continuidade de cuidados. A implementação de uma nota de alta consistente, que espelhe todas as necessidades/problemas da pessoa face ao momento de transição saúde doença que vivência, relativizou a comunicação entre as estruturas organizacionais, tornando-as mais permeáveis à transferência de informação entre os diferentes elementos que integram o processo assistencial, reduzindo as probabilidades de erro e facilitando o processo de transição. Assim, a ligação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados é essencial para a promoção da qualidade de cuidados de enfermagem.

No sentido de compreender a problemática da continuidade de cuidados, deter-nos-emos em diferentes conceitos relativos ao planeamento de alta, à continuidade de cuidados, à enfermagem e ao enfermeiro de ligação. Abordaremos ainda, os processos de planeamento de alta em uso nos hospitais e descritos na bibliografia.

### **1.1- Enfermagem e saúde das populações**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define promoção da saúde como sendo o processo de capacitação da pessoa para potenciar o controlo sobre os fatores determinantes da saúde (OMS, 2016).

A promoção da saúde inclui estratégias que permitem às populações serem saudáveis e capacita-as para fazerem escolhas saudáveis. Visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios, isto é, permitir que todas as pessoas possam realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Os ambientes favoráveis, o acesso à informação, as habilidades para viver melhor, bem como as oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes bem como a prevenção e o controlo dos riscos a nível populacional (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986).

Em Portugal, o SNS é, desde a sua criação em 1979, a principal estrutura prestadora de cuidados e promotora da saúde e revela-se como um instrumento do estado para assegurar o direito à proteção da saúde de todos os cidadãos. Integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância, à prevenção da doença, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação médica e social (Lei nº 56/1979, de 15 de setembro, 1979).

No entanto, na última década, verificou-se um conjunto de reformas na rede de cuidados hospitalares, na rede de CSP, e na RNCCI, (Decreto-Lei nº 101/2016, de 6 de junho). Embora seja de salientar que a rede de CSP continua a ser a base assistencial em Portugal, é importante que todas as redes interajam de forma a obter os melhores resultados para que o processo de reestruturação e criação de novos serviços seja acompanhado por uma evolução positiva do número de profissionais de saúde, nomeadamente no que se refere à enfermagem (OE, 2009).

Apesar dos ganhos substanciais na saúde das populações verificados nos últimos anos, de forma generalizada, há necessidade de continuar a melhorar a rede de cuidados de saúde e particularmente procurar novas formas de garantir uma assistência que para além dos ganhos invista na dignidade das pessoas enquanto clientes de um serviço como a prevenção e a qualidade dos cuidados de saúde.

Atualmente a saúde das populações é afetada por graves problemas de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. No entanto a reorganização do SNS procura respostas para a população mais vulnerável, mais afetada pela falta de acessibilidade, desumanização e perda da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados (Decreto-Lei nº18 de 10 de fevereiro, 2017).

Face à expectativa da assistência em saúde e sendo esta entendida como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”* (OMS, 2016) é de salientar o contributo que a enfermagem deu à mesma assistência. A evolução do conceito, ao longo dos tempos, esteve relacionada com a resposta do indivíduo às condições do meio onde vive. Atualmente, a saúde é analisada sob três grandes dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social e é, portanto, um bem de todos e deve ser desfrutado individualmente sem prejuízo de outrem.

A Carta de Ottawa defende que a saúde é o maior recurso de desenvolvimento pessoal, social e económico, e uma importante dimensão da qualidade de vida. Os fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos devem ser considerados e destacados, visto que influenciam a saúde das populações (OMS, 2009). A saúde das populações é assim, um conceito complexo e abrangente, que vai para além da existência ou ausência de doença. Inclui indicadores de qualidade de vida, fatores de esperança de vida, morbilidade e incapacidade (Biscaia, 2006).

Em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis constituem a principal causa de morbilidade e de mortalidade. São as principais responsáveis por situações de incapacidade permanente ou transitória e pela perda de qualidade de vida, traduzindo-se com expressividade muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento (DELOITTE, 2011). Já em 2004, a DGS referia que a intervenção sobre estes determinantes seria uma estratégia de saúde

fundamental para se obter a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução de doenças crónicas e dos custos económicos e sociais.

Por conseguinte, o sistema de saúde foi-se organizando e preparando para gerir melhor a doença e proporcionar melhores anos de vida às pessoas. No entanto, por diversos motivos, incluindo o aumento da procura dos cuidados de saúde, restrições financeiras, decisão clínica e recursos humanos insuficientes, o sistema de saúde fragmenta a articulação dos cuidados, a complementaridade das equipas e a integralidade de todo o processo de continuidade.

Neste sentido, e segundo um estudo internacional, coordenado por Mário Lopes Amorim em Portugal, os cuidados de enfermagem são por vezes racionados, comprometendo a qualidade dos cuidados, a complementaridade e os mecanismos de articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados (INESTEC, 2016). Importa recordar que o Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. “ (...) *Os enfermeiros constituem atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem*”. A enfermagem tem sido uma profissão que, ao longo de décadas reiteradamente, contribuiu para a saúde das populações e para a organização assistencial.

Os grupos populacionais vulneráveis são aqueles que têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde comparativamente com o resto da população, apresentando frequentemente maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. No seu core de competências, os enfermeiros desenvolvem a sua atividade centrada na pessoa, família e população

*“A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática - na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)”* (OE, 2012).

É neste contexto de diversidade de ambientes que o trabalho dos enfermeiros é desenvolvido, conferindo-lhes oportunidades de realização de projetos que promovem a saúde e a criação de estilos de vida saudáveis, em ambientes saudáveis, antecipando o risco e melhorando as condições de saúde das populações. Os enfermeiros envolvem a comunidade na tomada de decisão, com estratégias de planeamento sustentável e, quando integrados em equipas multidisciplinares, proporcionam informação e educação para a saúde, assumindo um papel de liderança na continuidade de cuidados, capacitando o cliente na adaptação à sua nova condição de saúde após um episódio de doença aguda ou agravamento de uma doença crónica.

O planeamento em saúde é um instrumento estratégico, que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objetivo de maximizar os

ganhos em saúde das populações. Resulta de uma análise crítica do estado de saúde da população e é a primeira etapa do planeamento em saúde, tendo como propósito a identificação, dos seus problemas, das suas necessidades, dos grupos de risco e dos recursos existentes na área da saúde da comunidade.

A atuação do profissional de enfermagem incide na motivação dos indivíduos, famílias e grupos vulneráveis para a obtenção de serviços de saúde, orientando para estratégias de prevenção e de promoção da saúde, ajudando a identificar forças, dificuldades e recursos. A educação para a saúde é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, uma vez que capacita os indivíduos a serem capazes de tomar as suas próprias decisões e a melhorar o seu estado de saúde.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2015), a intervenção desenvolvida pelos enfermeiros está centrada na prestação de cuidados de enfermagem *“ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* e que o exercício da atividade profissional *“tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”*.

A abrangência das intervenções dos enfermeiros caracteriza-se ainda pela complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde. Os enfermeiros dão respostas humanas aos problemas de saúde dos clientes, aos seus processos de vida, às transições dos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.

Para a compreensão do tema, valerá a pena repensar nos conceitos teóricos sobre as transições. Recordando Meleis (2010), a enfermagem, como área do conhecimento científico, tem como principal desígnio, a ajuda às pessoas nas suas experiências e transições, considerando estas mudanças ocorridas associadas aos processos de saúde-doença e de desenvolvimento, ao longo do ciclo de vida. A pessoa e a família estão naturalmente sujeitas a vivenciar processos de transição organizacional, desenvolvimental, situacional e de saúde-doença com tendência a ficarem mais vulneráveis às ameaças com repercussões na sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2007). Esta situação implica com frequência negociar a identidade e abandonar certas responsabilidades familiares, profissionais e sociais, podendo mesmo passar a depender de cuidados dos outros. Quando em consequência da doença, se impõe o internamento hospitalar, os transtornos psicológicos são potenciados, o indivíduo vivencia um afastamento do seu contexto familiar e das suas atividades quotidianas, para se integrar num ambiente diferente, pouco acolhedor e permeado de normas e rotinas a respeitar. Este processo exige da pessoa a utilização de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para enfrentar a adaptação. Segundo Meleis, (2000, cit por Petronilho 2007), as condições pessoais, as crenças, as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento, são fatores condicionantes de transição.

A intervenção dos enfermeiros processa-se essencialmente em momentos de transição cuidando da pessoa e da família durante todo o ciclo de vida. A transição entre a saúde e a doença, a incapacidade, a reabilitação, o internamento hospitalar e a alta para domicílio, remetem para uma mudança no estado de saúde, no desempenho social, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais e mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas (Abreu, 2011).

Neste sentido, o desafio para a intervenção principal dos enfermeiros é de identificar e caracterizar adequadamente estes processos de transição e desenvolver procedimentos de enfermagem com os clientes, facilitando e ajudando-os a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, de acordo com o seu próprio projeto de saúde.

Conscientes de que a Enfermagem toma por objeto de estudo, não a doença em si, mas as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida, consideramos que o enfermeiro tem o dever de interagir, sustentado na relação terapêutica, ajudando as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições, com o propósito de proporcionar estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar (Petronilho, 2007).

No entanto, as transições saudáveis implicam a criação de condições para que o doente e o cuidador adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e suficientemente sustentáveis para modificarem os comportamentos de risco. Os enfermeiros podem influenciar atitudes e comportamentos de saúde positivos, fazendo uma análise ao seu contexto de prática e identificando qual o contributo e impacto da sua ação para a saúde das pessoas, promovendo cuidados personalizados com programas integrados, dinâmicos e capazes de envolver os sujeitos ativos e participantes.

## **1.2. Caracterização da continuidade de cuidados**

Ao explorar o tema, importa compreender o que é a continuidade de cuidados e importância que esta tem para a garantia dos ganhos em saúde.

O objetivo primário do SNS é a proteção da saúde individual e coletiva e, para tal, está munido de cuidados integrados de saúde, nomeadamente a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.



A continuidade de cuidados tem sido considerada um importante precursor da avaliação do desempenho do sistema de saúde (Viacava et al., 2004). Como tal, importa referir que existe uma falta de unanimidade na literatura internacional e nacional na definição do conceito de continuidade de cuidados, assim como na definição de outros termos que têm sido utilizados sinonimamente tais como, coordenação de cuidados, planeamento de alta, gestão de casos, integração de serviços e transferência de cuidados (Mendes, 2011).

Apesar dos conceitos de coordenação e continuidade serem utilizados de forma sinónima, podem ser observadas, em certos casos, algumas diferenças. Investigadores do Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, num artigo de revisão, tiveram como objetivo estabelecer um consenso sobre o termo de continuidade de cuidados em cenários de práticas diferenciadas, como nos cuidados de saúde primários, na saúde mental, nos serviços de enfermagem e na gestão de problemas de saúde. Essa revisão demonstrou que a continuidade de cuidados ultrapassa uma disciplina ou limites organizacionais, pondo-se em destaque a necessidade da realização da validação e da mensuração da continuidade (Haggerty et al., 2003; Saultz, 2003).

A continuidade de cuidados é considerada uma característica definidora da prática de saúde da família, descrita pelo Instituto de Medicina da Universidade de Oregon nos Estados Unidos, como o núcleo primordial dos cuidados de saúde primários (Saultz; Lokner, 2005). Do mesmo modo, na Inglaterra, Tarrant et al. (2010) discutem a continuidade de cuidados na comunidade, estabelecendo uma associação positiva entre a confiança do cliente e os cuidados em saúde. Outro estudo efetuado no Canadá apresenta a continuidade de cuidados como o principal valor da medicina de família, aumentando a satisfação do enfermeiro bem como a relação médico/doente (Delva; Kerr; Schultz, 2011). Outros autores (Worral; Knight, 2011), num estudo também desenvolvido no Canadá, classificam a continuidade de cuidados como um dos principais fundamentos da medicina de família, considerando como a relação que vai para além de episódios únicos de doença entre médico e cliente.

Anteriormente, Starfield (2002) diz-nos que a continuidade de cuidados está associada a um problema de saúde próprio e ao decurso dos eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para apoiar decisões em relação ao tratamento do cliente, sem a preocupação com a construção de uma relação terapêutica ao longo do tempo. Essa sucessão de eventos pode acontecer num único ou entre vários serviços. Pastor-Sánchez et al. (1997) também fazem a distinção entre os conceitos de longitudinalidade e de continuidade de cuidados. Para estes autores, a continuidade de cuidados é entendida como o acompanhamento, por um mesmo médico ou não, de um problema particular do cliente. As visões partilhadas por Pastor-Sánchez et al. (1997) e Starfield (2002) contrariam a ideia de que a continuidade de cuidados requer uma relação pessoal entre o profissional e o cliente, já que bons registos podem preencher a necessidade de informação para o acompanhamento adequado da doença. Para eles não é imprescindível a construção de uma relação terapêutica na continuidade. Contudo, torna-se necessária uma

relação humanizada, com escuta ativa, considerando o ser humano na sua individualidade e complexidade, em todos os focos de atenção do sistema de saúde.

A literatura na área da enfermagem enfatiza que a informação, especialmente a relacionada com a comunicação entre os enfermeiros e a coordenação de cuidados, ao longo do tempo são a base para a continuidade de cuidados (Haggerty et al., 2003). Podemos assim depreender que há dois tipos de continuidade: a que se desenvolve pela relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente e o processo de gestão da informação. A articulação entre os vários contextos de cuidados de saúde deverá estar garantida por um modelo que assegure a partilha recíproca e confidencial da informação de enfermagem, em tempo real, através das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) (Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

Relativamente à gestão da informação Haggerty et al. (2003) explicam que a gestão da continuidade é particularmente importante nas doenças com condições clínicas complexas e em doenças crónicas que implicam a gestão por muitos profissionais, que podem potencialmente trabalhar com propostas interrelacionadas. A continuidade é assegurada quando os serviços são obtidos de forma oportuna e complementar. Os planos de gestão compartilhados ou protocolos de cuidado possibilitam a gestão da continuidade, potenciam o sentido de previsibilidade e um cuidado no futuro de forma segura para os clientes e para o trabalho dos profissionais.

Já o termo continuidade relacional foi encontrado na literatura e pode ser definido como uma continuidade que não faz uma ligação unicamente entre o presente e o passado, mas também uma ligação com o futuro. Haggerty et al. (2003) assinalam que a continuidade relacional é mais importante nos cuidados de saúde primários e na saúde mental. Estendendo a subdivisão, Saultz (2003) apresenta múltiplas dimensões da continuidade, sendo elas: a continuidade informacional, a continuidade longitudinal ou cronológica, a continuidade interpessoal, a continuidade geográfica, a continuidade interdisciplinar e a continuidade familiar. A continuidade longitudinal ou cronológica do cuidado refere-se a um padrão constante de interação nos cuidados de saúde que se dá num mesmo local, com o mesmo profissional. A continuidade interpessoal diz respeito a um tipo especial da continuidade longitudinal em que uma relação pessoal contínua entre cliente e profissional e é pautada pela confiança e responsabilidade pessoal (Saultz, 2003).

A partir da análise dos vários tipos de continuidade, verifica-se que a continuidade possibilita um cuidado focado no cliente. No que concerne à perceção dos clientes e profissionais acerca da continuidade dos cuidados, Haggerty et al., (2003) e Sousa, Frade e Mendonça (2005) referem que a continuidade não é uma característica dos profissionais ou das instituições. Para os profissionais, a perceção de continuidade está ligada ao conhecimento e informação suficientes acerca do cliente com finalidade de aplicar melhor a competência profissional, como também à confiança de que os seus cuidados serão reconhecidos e procurados por outros profissionais (Haggerty et.al., 2003).

A literatura internacional ressalva inúmeros benefícios da continuidade de cuidados para a assistência em saúde como um todo. Investigadores da Universidade de Oregon, nos Estados Unidos relacionaram os resultados da continuidade de cuidados e os custos do cuidado em saúde. De acordo com os autores, os custos são significativamente menores quando se tem a continuidade e consideram que é possível uma significativa associação entre a continuidade e a melhoria dos cuidados preventivos e a redução da hospitalização (Saultz; Lochner, 2005).

Um estudo efetuado no Canadá, cujo objetivo foi analisar a relação entre a continuidade de cuidados e todas as causas de mortalidade e hospitalização aguda em idosos com diabetes, demonstrou que os doentes com diabetes, assistidos por médicos de família que visavam a continuidade de cuidados, tiveram taxas de hospitalização e mortalidade menores comparativamente ao grupo com menos ações de continuidade (Worral; Knight, 2011). Dai se depreende a importância da continuidade de cuidados para uma possível redução da mortalidade e hospitalização em idosos com diabetes.

Também Mc-Cusker, et al. (2012), elaboraram um estudo que teve como objetivo relacionar a continuidade de cuidados e a utilização dos serviços de urgência e emergência. Os resultados demonstraram que uma maior continuidade de cuidados associados a um médico especialista prediz um menor uso dos serviços de urgência em geral, especialmente entre indivíduos com várias comorbidades e múltiplos internamentos em hospitais.

Roland et al. (2005) e Ittu-Ionescu et al. (2007) reforçam que a continuidade de cuidados pode melhorar a capacidade de resolver ou finalizar um processo, uma vez que o aumento do recurso ao serviço de urgência (SU) está relacionado com baixos ou médios níveis de continuidade de cuidados. Os resultados dos estudos dos autores mencionados assinalam que dos fatores determinantes para o aumento do recurso SU, destacam-se: a residência em áreas rurais, o baixo nível socioeconómico e a residência em lugares onde o raio de intervenção do médico da família é grande.

Depreende-se, dos últimos estudos apresentados, que a continuidade de cuidados pode diminuir a hospitalização desnecessária, a utilização de serviços de urgência e emergência (que aumentam os custos na área da saúde) e diminuir a qualidade de vida da população. Reforça-se, dessa maneira, que a continuidade é fator crucial para a qualidade dos cuidados, e para os ganhos em saúde das populações, advindo daí a importância e a justificação para abordar esta temática.

### 1.3. Processos de continuidade de cuidados - elos de ligação

O processo assistencial é complexo e exige que os cuidados de enfermagem sejam contínuos de forma a garantir a qualidade assistencial a que o cliente tem direito. Torna-se então imperioso refletir e analisar o papel que os enfermeiros desempenham para assegurar a continuidade de cuidados e se eles poderão ser um elo essencial para assistência à pessoa, pelo que neste capítulo teremos a preocupação de compreender este conceito no processo da continuidade de cuidados, nomeadamente cuidados após a alta.

A continuidade de cuidados é a maneira pela qual os cuidados são percebidos pelo cliente como coerentes, espectáveis e ligados no tempo. Os enfermeiros são os profissionais que, pela essência do seu trabalho como cuidado diário, assumem esta continuidade na sua máxima expressão.

Com a criação da Rede de Referência Hospitalar (RRH) estará assegurada a continuidade de cuidados intra e interinstitucional (SNS, 2016). De certa forma, a RRH tornou inevitável o processo de continuidade. É uma rede integrada que se articula e complementariza com os diferentes níveis de cuidados.

*“O Plano Nacional de Saúde extensão a 2020 define como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, e a qualidade em saúde, propondo orientações estratégicas, designadamente o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente” (Portaria n.º 147/2016, 2016).*

A sua criação está associada a cuidados diferenciados, permanentes e de promoção da saúde, acompanhamento e de desenvolvimento tecnológico capazes de dar respostas de proximidade e atender às necessidades de todos os clientes.

Desta forma, é importante saber como se processa a continuidade e como se combinam estratégias e recursos, para atender aos interesses dos clientes, dos prestadores de cuidados informais, dos profissionais e das instituições de saúde.

O processo de continuidade de cuidados está relacionado com questões de organização e articulação com o cliente e os prestadores de cuidados, minimizando a fragmentação, com o objetivo de garantir os cuidados mais adequados às suas necessidades. Este processo pressupõe a avaliação das múltiplas necessidades de continuidade de cuidados do cliente e a responsabilidade pela monitorização de todos os cuidados que necessita. Neste sentido, o Dias e Queirós no estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” (2010) defendem que estes processos obedecem a critérios de referência e que perante situações concretas

de continuidade de cuidados, é importante definir o que fazer, quem faz, onde e quando. Os processos devem ser definidos desde o primeiro contacto do cliente com os serviços de saúde, até ao seu tratamento, reabilitação e reintegração. Podem ainda, ser uma ferramenta para planear as necessidades de cuidados continuados, como para informar os próprios doentes e cuidadores sobre o percurso a fazer no decurso do seu tratamento (Lopes et al.,2014).

A coordenação do processo de continuidade aloca recursos onde efetivamente é necessário acrescentar valor. Entende-se ainda que a coordenação de cuidados consome tempo, envolve a comunicação com o doente e o cuidador informal na avaliação das necessidades, no planeamento, na execução, na avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem e nas reformulações e ajustes no plano individual de cuidados, bem como na articulação com outros níveis de cuidados. O acompanhamento ao longo de todo este processo requer profissionais que assumam a gestão das transições do doente entre níveis de cuidados de forma holística e sequencial. Embora a RNCCI assuma a responsabilidade deste processo por equipas multidisciplinares, quando se trata de doente internados em meio hospitalar, pelo espaço permanente que ocupam nas organizações, a ligação é efetuada por enfermeiros. Os enfermeiros são os responsáveis pela admissão e acolhimento do doente e familiares, na alta hospitalar e no domicílio e desta forma serem considerados como potenciais elos de ligação na referenciação para a continuidade de cuidados (Lopes et al.,2014).

O termo enfermeira de ligação surgiu no Canadá nos anos 60, como uma designação das funções dos enfermeiros nos serviços hospitalares com o objetivo de reduzir o tempo de internamento. Esta estratégia tinha como objetivo identificar clientes com necessidades de cuidados continuados após a alta e efetuar a ligação com os cuidados extra-hospitalares. A enfermeira de ligação avalia e coordena as necessidades de cuidados continuados com as equipas intra-hospitalares, extra-hospitalares e inter-hospitalares, assegura a participação dos familiares/cuidadores no processo de continuidade de cuidados providenciando meios e serviços para a recuperação e manutenção da saúde dos doentes após a alta do hospital (Bernardino et al., 2010).

Em Portugal, a RNCCI, veio dar resposta às novas necessidades sociais e de saúde das populações, pela forma como está descentralizada ao nível das administrações regionais de saúde pelas ECR (Equipes Coordenadoras Regionais). A nível regional, por sua vez, descentraliza-se em diversas equipas que garantem o acesso, através de um sistema de referenciação a partir de outros níveis de cuidados, nomeadamente nos CSP através das Equipe Coordenadora Local (ECL) e das Equipes Referenciadoras (ER) e nos hospitais através das EGA. As EGA e as ER são coordenadas maioritariamente por enfermeiros que fazem a ligação intrainstitucional e interinstitucional, projetando dessa forma, que o enfermeiro ou outro profissional de saúde possa ser “elo de ligação” (Lopes et al., 2010).

Lopes et al. (2010) refere ainda que, em algumas circunstâncias, a estrutura operacional da RNCCI é afetada pelo facto de os profissionais não terem sido formados na filosofia da multidisciplinaridade e multiprofissionalidade. Acrescenta ainda que este cenário pode comprometer os circuitos de informação intrainstitucional e entre os diferentes níveis de cuidados. Neste sentido sugere que a *“formação dos profissionais e um maior desenvolvimento e acuidade dos critérios de referenciação (...) assente num sistema de informação dotado de interoperabilidade”* (Lopes et al., 2010).

A comunicação e a interoperabilidades, fundamentais na ligação inter e intrainstitucional não são os únicos problemas a necessitar de investimento na continuidade de cuidados, a formação dos profissionais envolvidos já referida no parágrafo anterior, é uma forma de acautelar a acessibilidade equitativa dos clientes. Lopes et al. (2010) menciona a necessidade da criação da figura de *“gestor de caso”* como elo de ligação. Este profissional *“assumirá a incumbência de reunir e coordenar os recursos necessários para responder a cada situação, pondo em diálogo os diferentes intervenientes...”*. Acrescenta ainda que o *“gestor de caso será da área da saúde sempre que prevalecerem problemas de saúde e da Segurança Social nos restantes casos”*.

O gestor de caso tem as suas raízes na enfermagem da saúde na comunidade e na assistência social. Focaliza-se na coordenação dos cuidados e serviços ao doente e família. Este processo envolve o doente e o cuidador, definem e partilham de metas, promovem o acesso e a coordenação dos serviços. Uma das suas características fundamentais consiste na organização dos cuidados em torno do doente e não da unidade ou instituição onde o doente está internado, assegurando a continuidade e a coordenação dos cuidados de enfermagem (Tappen, 2005).

Desta forma, a função do gestor de caso engloba a avaliação de necessidades, a responsabilidade pela coordenação e monitorização de todos os cuidados que o utente necessita, assim com a coordenação dos vários elementos que compõem o sistema de saúde. Esta definição vai ao encontro da definição de *elo de ligação* referida anteriormente e em tudo se assemelha às diferentes designações encontradas na literatura, apenas diferindo no sujeito dessa nomeação (Dias;Queirós,2010; Lopes et al., 2010).

Importa ainda referir que embora na realidade nacional se verifique a existência de *“elos de ligação”* em cada nível de cuidados, a coordenação da continuidade de cuidados fragmenta-se diferindo em cada uma das transições entre níveis de cuidados (Hofmarcher et al., 2007). A definição dos diferentes papéis e a atribuição de funções de articulação de cuidados, a profissionais com competências e formação específicas, *“...Quem, onde, como, quando e com o quê...”* (Dias; Queirós, 2010), levará a respostas mais ajustadas às necessidades, mais eficientes e mais eficazes, traduzindo-se em ganhos em saúde, satisfação e bem estar do doente e família, assim como menores riscos de reinternamentos associados a pluricomorbilidades.

### 1.3.1 - Admissão e assistência de Enfermagem

A admissão de um doente é a primeira etapa no processo de internamento do doente no contexto hospitalar. Este processo significa que a pessoa é admitida “ (...) *num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (...) com permanência de, pelo menos, vinte e quatro horas, (...)* ” (Portaria nº132/2009). A admissão tem por objetivo facilitar adaptação do doente ao ambiente hospitalar, proporcionar-lhe conforto e segurança.

Dada a conjuntura da organização no hospital, o doente é admitido por um profissional de saúde, cabendo, em particular aos enfermeiros, o papel de admissão no serviço, sendo eles muitas vezes responsáveis pela primeira impressão causada no doente e seus familiares. Por outro lado, são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados dos doentes e familiares que se encontram num processo de transição. Recolhem e identificam os elementos referentes a cuidados de enfermagem que possam interferir na alta. A compreensão da prioridade e condições inerentes a este processo de transição pode influenciar a participação dos sujeitos na continuidade dos cuidados intra e interinstitucionais e na comunidade.

A enfermagem como área do conhecimento tem como principal desígnio a ajuda às pessoas nas suas experiências e transições, considerando estas mudanças ocorridas associadas aos processos de saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Neste sentido, o desafio para a intervenção dos enfermeiros é identificar e caracterizar adequadamente estes processos de transição e desenvolver procedimentos que facilitem, e ajudem a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, de acordo com o seu próprio projeto de saúde (Meleis, 2010).

O enfermeiro é considerado um agente de mudança e de apoio para reintegração completa do cliente e família quando vivencia uma transição de saúde-doença, mas também da estabilização da situação do doente, recuperação e reabilitação. A preparação do regresso a casa após a alta hospitalar deve ter início no momento da admissão do cliente no internamento. O enfermeiro deve centrar-se na tríade doente-família-comunidade, integrar estes elementos na decisão clínica, com o objetivo de potenciar e capacitar o cliente e família ou cuidador para adaptar eficazmente a transição vivenciada e à nova condição da pessoa.

A prática dos cuidados de enfermagem fundamenta-se essencialmente no cumprimento de um conjunto de etapas, organizadas e estruturadas de forma lógica, sequencial e sistemática, tradicionalmente designadas por fases do Processo de Enfermagem. O processo compreende a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos, o planeamento das intervenções a

execução e a avaliação final. O momento da admissão assume-se como o ponto de partida para o regresso a casa, sendo fundamental colher informação suficientes sobre a condição social, para confrontar com as necessidades de cuidados perante a dependência no autocuidado, bem como na gestão da sua saúde. Este procedimento da admissão integra não só a avaliação das necessidades, mas também a motivação e expectativas do doente e cuidador, as necessidades educativas e de capacitação emergentes para determinar prioridades. Neste sentido, é fundamental identificar o que o doente ou o cuidador pretendem saber, a sua motivação, a sua capacidade de aprendizagem e ainda compreender o contexto social em que está inserido (Phaneuf, 2001).

Sendo a admissão o primeiro contacto que o enfermeiro tem com o doente e família, as potencialidades deste processo têm a capacidade de reforçar a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação do doente e cuidador. Perante este cenário, o enfermeiro terá que pesquisar todos os recursos ao seu dispor, incluído a família, os cuidados continuados integrados ou outra resposta na comunidade. Nesta lógica, enfermeiro incentiva a participação ativa da família e cuidador em todo o processo coresponsabilizando-os pela gestão da sua própria saúde.

O momento da admissão assume-se como o ponto de partida para o regresso a casa sendo fundamental, colher informação suficiente sobre a condição social para confrontar com as necessidades de cuidados perante a dependência no autocuidado, bem como na gestão da sua saúde. A informação recolhida, dentro dos padrões legais e éticos, vai para além da prova documental da sua realização, é um instrumento facilitador da tomada de decisão com vista na continuidade de cuidados, permite ao enfermeiro planear justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades mediante as necessidades avaliadas em conjunto com o doente, a família e o cuidador.

Concluimos deste modo, que o processo de admissão deve ter em conta os indicadores que identificam atempadamente as dificuldades do cliente e família no regresso a casa, permitindo o desenvolvimento de intervenções capazes de responder às reais necessidades do cliente sem prejuízo de outros indicadores de gestão dentro do hospital (ERS, 2015).



### 1.3.2. Planeamento de alta

A DGS em (2004), define o planeamento da alta como:

*“Um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”.*

É um processo interdisciplinar de coordenação de procedimentos em que as necessidades dos doentes são identificadas, visando facilitar a continuidade dos cuidados de saúde, na transição do meio hospitalar para o seu meio sociofamiliar ou para os Cuidados Continuados Integrados (CCI).

Segundo Hesbeen (2000), o planeamento da alta é um processo que decorre desde o início do internamento, até à alta efetiva. Atualmente, o regulamento da RNCCI refere que o planeamento de alta *“deve ser iniciado com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados...”* (Decreto-Lei nº18/2017). Neste sentido, como o próprio nome indica, o planeamento de alta implica a criação de um plano de alta com base nas necessidades de continuidade de cuidados de saúde e sociais para que a reintegração do doente seja a mais plena e satisfatória possível.

Considerando a alta um momento de transição significativo para o doente internado e para a família/cuidador, a preparação da transição do hospital para outro nível de cuidados, pode evitar uma organização tardia e precipitada da continuidade de cuidados. Sendo o doente e família/cuidador os principais intermediários do sucesso da continuidade de cuidados, o planeamento da alta deverá ser um processo tranquilo, gerador de confiança, uma prioridade para o doente, família/cuidador, em que o papel da equipa de enfermagem é fundamental (Petronilho, 2007).

O planeamento de alta é processo de primordial importância que desafia o desempenho dos enfermeiros na equipa multidisciplinar. Este processo, espelhado no plano de cuidados de enfermagem, desenvolvido durante o internamento, envolvendo o doente e a família/cuidador e identificando as necessidades de cuidados de saúde após a alta, confere-lhes um papel preponderante nos vários processos de transição, dando-lhes suporte para a tomada de decisão na concretização de transições saudáveis. De acordo com Sousa (2011), os enfermeiros devem direcionar o exercício profissional para a realização de práticas em função das necessidades efetivas dos seus doentes, promovendo dessa forma uma transição saudável e contribuindo para o crescimento de uma Enfermagem avançada.

No entanto, este processo é uma atividade interdisciplinar, em que o enfermeiro é o responsável por estabelecer a ligação entre os profissionais numa vertente de transdisciplinaridade com a finalidade de promover os recursos necessários para garantir a continuidade dos cuidados após a alta. Para desempenhar esta função de coordenador do processo de alta, o enfermeiro deve possuir competências acrescidas, compromisso e cooperação (Pereira et al., 2007).

Apesar de maioritariamente serem os enfermeiros responsáveis pela avaliação das capacidades e conhecimentos do doente e família, esta avaliação implica que haja envolvimento e comprometimento de toda a equipa multidisciplinar no processo de planeamento de alta, para identificação das reais necessidades e adequação de recursos afetos à continuidade. A preparação da informação a fornecer ao doente e cuidador ao longo do internamento, até ao momento da alta, bem como a sua compreensão e assimilação, são fundamentais para a continuidade e qualidade de cuidados após a alta. Um adequado planeamento da alta traduz uma diminuição da duração do internamento e de readmissões hospitalares (Driscoll, 2000). Contrariamente, um planeamento de alta tem consequências graves para a sociedade como o sofrimento psicossocial, inapropriados programas de reabilitação, o tempo perdido (Meijer, et al., 2005).

A DGS (2004) refere que as informações a prestar pelos profissionais da saúde devem conter todos os processos e resultados dos cuidados, em todas as etapas do tratamento. Ao doente e respetivo cuidador deve ser providenciado, antes da alta, toda a informação pertinente sobre todos recursos identificados como necessários e a ligação com quem, na comunidade, providencia e assegura a continuidade de cuidados. Além disso, para que a continuidade de cuidados seja efetiva, é necessário que o doente e família se envolvam, assumam e se responsabilizem neste processo.

Este contexto, muitas vezes impossível de concretizar porque durante os episódios de doença com internamento hospitalar, o doente e família deparam-se com eventos geradores de incapacidade de tal complexidade que se sentem inseguros e incapazes de assumir o papel de cuidador, comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados após a alta. Desta forma, o enfermeiro, como profissional de saúde que reúne as condições necessárias como cuidador mais próximo, pode interferir e promover a transição para respostas integradas de cuidados, referenciando os doentes para cuidados de proximidade na RNCCI.

Ao analisar o processo de planeamento de alta identificamos dois níveis de intervenientes. O primeiro nível está relacionado com os enfermeiros dos serviços, que integram as equipas multidisciplinares, conhecidas por equipas clínicas ou operacionais. Estes enfermeiros tem como função avaliar as necessidades dos doentes, em articulação com a família/cuidador, procurando providenciar as melhores respostas face as necessidades detetadas desde o início do internamento. Estas equipas apostam na capacitação da doente e cuidador, dando prioridade à transição dos cuidados de saúde para a comunidade, privilegiando a inserção

do doente no ambiente familiar o mais precocemente possível, tornando-se um desafio acrescido.

O segundo nível aplica-se quando a equipa operacional solicita a colaboração da EGA para avaliar e as necessidades do doente e cuidador face à dependência transitória ou incapacidade permanente ou até a própria evolução da doença durante o tempo de internamento e não é possível fazer e reintegração na comunidade. Nessas circunstâncias, evolui-se então para uma resposta da RNCCI.

Neste sentido, é fundamental caracterizar o funcionamento das EGA, que segundo a *Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro*, “A EGA, é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada no hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI”. Tem como função “ (...) o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitam de CCI, imediatamente após o internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentam um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança (...) ”.

A EGA tem por objetivo garantir aos clientes, dependendo da sua situação concreta, acesso ao tipo e intensidade de cuidados que efetivamente necessitam. Obedece a critérios de comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados garantindo a segurança do processo de planeamento de alta do cliente. Ao cliente é assegurado o acompanhamento multidisciplinar durante todo o processo de referenciação, privilegiando toda a informação clínica e social junto do doente e cuidador com o objetivo de lhe conferir poder de participação e capacidade de decisão.

Atualmente o planeamento de alta é transversal a todos os doentes internados e questões como a continuidade de cuidados são asseguradas, embora fracionadas como já foi referido no capítulo anterior. Neste sentido o Despacho nº2784/2013, veio estruturar e normalizar a informação a constar nas notas de alta médicas e de enfermagem:

*“a) Identificação do utente (...); b) Data de admissão, data de alta médica, data de alta administrativa; c) nº de utente no SNS; d) Nome do médico responsável pela alta, endereço profissional de correio eletrónico e nº de cédula profissional; e) Nome do enfermeiro responsável pela alta de enfermagem, endereço profissional de correio eletrónico e nº de cédula profissional; f) Nome do médico de medicina geral e familiar e nº de cédula profissional; g) Destino; h) Diagnósticos (...); i) Causa de internamento; j) Breve descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários; k) Indicação da terapêutica realizada em internamento; l) Indicação do plano de continuidade de cuidados pós alta (...); (...) p) Focus de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem ativos em linguagem CIPE; t) Prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas) (...); u) Indicação da gravidade e risco à admissão e transferência (....) ”*

Mais recentemente, o Departamento de Qualidade da DGS (2017), emitiu a norma nº1/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que aborda assuntos como a segurança do doente e a necessidade de uma comunicação eficaz. Desse documento, destaca-se o ponto B, que refere a transição de cuidados de saúde como “... *qualquer momento de prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e a segurança dos mesmos*”. Dá como exemplo, “ *a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como as transições intra/inter-instituições*”. O ponto C. fala-nos da transmissão de informação referindo que deve existir “*comunicação entre os profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre a identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados*”.

Estes dois documentos pretendem otimizar as falhas identificadas na comunicação da informação no âmbito da saúde, nomeadamente ao longo do processo de planeamento de alta e permitir potenciar uma efetiva continuidade de cuidados.

Em síntese, será importante olhar para o planeamento de alta como parte integrante de um processo contínuo, em vez de um evento isolado, por questões de segurança do doente, transição de cuidados de saúde transmissão de informação, comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, bem como identificando um responsável pelas ações destinadas a assegurar a transição do doente para o domicílio ou outro nível de cuidados aumentando assim, a oportunidade de se conseguir a efetividade dos cuidados após a alta.

#### **1.4. Suportes legislativos à continuidade de cuidados**

Considera-se que existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma a complementarem-se num tempo adequado, por diferentes prestadores de forma coerente lógica e oportuna.

No sentido de promover a articulação de cuidados, foram surgindo vários documentos, fruto das políticas de saúde vigentes que preconizavam a articulação entre as instituições de saúde, com o objetivo de otimizar os cuidados e promover uma correta e eficaz continuidade dos cuidados, que os clientes do SNS realmente necessitam.

A continuidade de cuidados encontra-se inserida na política atual de melhoria da assistência no SNS. A Lei Nº 48/90 de 24 de agosto refere que *“os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos clientes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social”*. Relativamente aos níveis de cuidados de saúde, refere ainda, no ponto dois da Base XIII, que *“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”*.

Tradicionalmente em Portugal, têm sido as famílias ou cuidadores informais a assumir a continuidade de cuidados após a alta do hospital. As famílias começaram a ter dificuldades em prestar cuidados aos seus familiares doentes e as respostas disponíveis na comunidade passaram a ser insuficientes. Este paradigma apresenta-se bastante frágil perante o elevado número de mulheres com profissão e o envelhecimento da população. Neste contexto, o internamento dos doentes prolonga-se e as famílias transferem para o hospital a responsabilidade de encontrar soluções.

Os enfermeiros sempre tiveram a preocupação com a articulação dos cuidados após a alta do hospital. Os planos de cuidados de enfermagem, através dos diagnósticos e intervenções relacionados com a capacitação, revelam a inclusão dos doentes e cuidadores mas o problema é multidisciplinar e a tendência crescente nas necessidades de cuidados de saúde e apoio social numa lógica continuada, necessitava de intervenção estruturada e integrada (Dias; Queirós, 2010).

Segundo Lopes et al. (2010), as respostas consubstanciaram-se num novo tipo de cuidados situados entre o hospital e a comunidade, assente num modelo de repostas intersectoriais, com enfoque nas respostas de saúde e sociais numa lógica de proximidade, acessibilidade, qualidade e sustentabilidade. Refere ainda que um sistema de saúde que se focaliza no utilizador tem que ter uma perspetiva sistémica e que a RNCCI é um novo modelo de cuidados que veio preencher um *“white space”* na sociedade, acrescentando-lhe valor.

Segundo o estudo sobre “Integração e Continuidade de Cuidados” (Dias; Queirós, 2010), a RNCCI ocorreu da insuficiência de recursos para cuidados de convalescença, reabilitação, longa duração e paliativos. Em Portugal, a RNCCI foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho tendo como finalidade:

*“A instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à*

*diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”.*

A RNCCI dispõe de uma coordenação nacional e caracteriza-se essencialmente pela descentralização ao nível das regiões de saúde. A nível regional segue-se nova descentralização, agora operacional para as diversas equipas que garantem o acesso dos doentes à RNCCI através de um sistema de referenciação a partir de outros dois níveis de cuidados e de fluxo dentro da rede.

Segundo o Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (s.d.), o objetivo geral definido para o Plano de Desenvolvimento da RNCCI, 2016-2019 foi *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* (art.º 4º, nº1). Para esse objetivo contribuem *“a reabilitação, a readaptação e a reintegração social”* e *“a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”* (art.º 5º, nº 1, alínea a) e b). O plano define ainda que a RNCCI se destina a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

A Rede integra *“equipas dos hospitais, dos CSP, dos serviços sociais locais e regionais, da rede de apoio social e dos municípios...Está desenhada para prestar cuidados em regime de internamento e em unidades de ambulatório”* (SNS, 2016). Tem uma abordagem biopsicossocial na prestação de cuidados e na existência de um plano individual multidisciplinar para cada doente com metas mensuráveis e monitorizadas periodicamente, tendo como principal objetivo os ganhos em autonomia do doente. No final da primeira década da sua criação, assiste-se à sua expansão e melhoria, integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência (SNS, 2016).

A rede representa uma reforma fundamental do SNS, assim como do sistema de solidariedade e segurança social. Este nível de cuidados despoletou a problemática da continuidade de cuidados e obrigou as instituições a desenvolverem estratégias de continuidade, incluindo a formação, o planeamento e tomada de decisão a nível interinstitucional através de sistemas de informação, de avaliação clínica interdisciplinar, de protocolos de acompanhamento e feedback profissional (Dias; Queirós;2010).

Atualmente, os hospitais públicos, garantem a continuidade de cuidados, nomeadamente aos doentes referenciados na RNCCI, mas a oferta atual não satisfaz a procura de cuidados de saúde e sociais após a alta. Embora, ao longo destes anos de evolução da RNCCI, se verifique um aumento das respostas, nomeadamente na criação das Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e mais recentemente nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (ECCISM), os doentes internados que não tem acesso à continuidade descrita, ou porque não possuem critérios de referenciação para a RNCCI, ou porque os cuidadores informais assumem esse papel, são um novo problema,

uma vez que existem necessidades e expectativas do doente e cuidador, que na maioria das situações, vão além da informação e treino recebido no hospital. (Ribeiro et al., 2011).

À semelhança de outros países e segundo Dias e Queirós (2010), a estrutura necessária para garantir a continuidade de cuidados não tem necessariamente que resultar da fusão entre instituições, mas sim através da *“definição de critérios de referência, de redes de referência, de regras de organização, de mecanismos de responsabilização e consultoria técnica”*.

A Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro veio proceder a alterações de melhoria e qualidade do processo de continuidade de cuidados da RNCCI, nomeadamente à *“sua agilização e desmaterialização”*. Pretende ainda introduzir, desde o momento da referência, intervenções que avaliam e monitorizam a capacidade funcional dos doentes, numa perspetiva biopsicossocial, ao longo de toda a sua trajetória na RNCCI com a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Esta avaliação só terá impacto na continuidade de cuidados se estiver integrada num modelo que envolva os três níveis de cuidados, nomeadamente CSP, CH e CCI como podemos confirmar através do documento *“Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018”* da Administração Central Serviços de Saúde (ACSS) (2017).

A assimetria de informação entre o doente, o cuidador e os profissionais de saúde pode contribuir para o insucesso da continuidade de cuidados. A disponibilização atempada de informação ao doente e cuidador pode contribuir para melhorar as decisões médicas e de enfermagem e garantir o encaminhamento dos doentes (Dias; Queirós, 2010).

Para minimizar estes constrangimentos, o MS publicou o despacho nº 2784/2013 e mais recentemente, a Norma nº001/2017 de 08/02/2017 sobre *“Comunicação eficaz na transição de cuidados”*, já referidos no capítulo anterior. O primeiro documento vem orientar os profissionais para a elaboração das notas de alta médica e de enfermagem, conferindo-lhes uma forma organizada e estruturada. O segundo pretendeu definir as diretrizes para uma comunicação efetiva já que a comunicação é um dos objetivos estratégicos para melhoria da prestação e segurança dos cuidados.

## 1.5 - Um olhar por outros países sobre Continuidade de Cuidados

O progressivo aumento da esperança média de vida, verificada nos países do mundo ocidental é uma das principais razões da prevalência de situações de doenças crónicas e

incapacidade. A este fenómeno associam-se as alterações da organização e dinâmica das famílias devido à atual configuração dos padrões familiares, acompanhado da consequente procura e exigência de cuidados de saúde a este grupo populacional (Lopes et al, 2010).

Uma outra questão diz respeito à capacidade dos cuidados em ambulatório, particularmente dos CSP, que para ocupar um lugar de destaque na prestação de cuidados de saúde terão que se capacitar para dar respostas às necessidades emergentes e ao seu grau de sofisticação, nomeadamente no que respeito ao número de recursos humanos disponíveis, perfis de competências e necessidades de formação.

Este conjunto de razões levou a que diversos organismos internacionais, na Europa e fora dela, se tenham debruçado sobre estas questões procurando respostas às crescentes necessidades de Cuidados Continuados ou *Continuing Care*, com base “numa perspetiva global, relativa a todos os aspectos relacionados com os serviços de saúde e sociais. Os componentes principais incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e de apoio domiciliário” (Abreu cit por Lopes et al, 2010). No entanto, os modelos de organização de cuidados de saúde diferem entre os países. A ausência de consenso devido à política de saúde e segurança social de cada país, cria dificuldades quando queremos estabelecer parâmetros de comparação internacional em resposta às diretrizes emanadas pelos referidos organismos, quer em termos de definições, modelos de organização e financiamento, quer ao nível da avaliação da qualidade do impacto da continuidade de cuidados (Dias; Queirós, 2010).

No quadro nº1, procuramos evidenciar algumas experiências internacionais de conceção de cuidados, ao qual acrescentamos a caracterização da realidade portuguesa. Apesar da difícil comparação entre os países analisados, já referida, existe consenso quanto à necessidade de encontrar alternativas à hospitalização, através de uma melhor coordenação de cuidados continuados e cuidados em regime ambulatório. Dos países analisados podemos identificar três grupos de países com base nas características de financiamento, no entanto, diferem no sistema de prestação e de continuidade de cuidados. A maioria dos países europeus analisados, dentre eles, a Dinamarca, a Espanha, a Finlândia e Inglaterra, a Itália e Suécia são caracterizados por modelos de sistemas de saúde financiados por impostos e controlados pelo sector público - modelo *Beveridge*. A Alemanha, e a Holanda, seguem o modelo *Bismark*, que se caracteriza por um sistema de saúde financiado predominantemente por seguros, controlado pelo setor privado.

Os EUA caracterizam-se por sistemas de saúde mistos, de seguros privados e públicos, mas não é totalmente abrangente nem controlado pelo estado.

Por sua vez, Portugal embora apresente um modelo de sistemas de saúde misto apresenta também subsistemas e seguros e é controlado pelo estado.



Quadro nº 1. Caracterização de experiências de integração de cuidados

Modelo de Sistema de Saúde		Problemas
<b>Alemanha</b>	<i>Bismarck</i>	Separação institucional entre cuidados ambulatoriais e hospitalares; Fraca partilha de informação; Duplicação de serviços; Difícil controlo de despesas
<b>Dinamarca</b>	<i>Beveridge</i>	Cuidados primários independentes do setor público; Fraca articulação entre os cuidados primários e hospitalares
<b>Espanha</b>	<i>Beveridge</i>	Posição dominante dos hospitais de agudos, Cuidados de saúde primários sobrelotados; Problemas no acesso a cuidados especializados; Pouca coordenação na prestação de cuidados; Falta de recursos humanos e tecnológicos nos cuidados de saúde primários
<b>Finlândia</b>	<i>Beveridge</i>	Dispersão geográfica; Estruturas específicas para os cuidados primários e especializados.
<b>Holanda</b>	<i>Bismarck</i>	Projetos/ formas de organização temporárias; Diversidade de fatores chave no sistema de saúde.
<b>Inglaterra</b>	<i>Beveridge</i>	Forte centralização administrativa
<b>Itália</b>	<i>Beveridge</i>	Acesso e continuidade prestação de cuidados
<b>Suécia</b>	<i>Beveridge</i>	Cuidados primários maioritariamente públicos e alguns independentes do sector público; Fraca articulação entre os cuidados primários e hospitalares
<b>EUA</b>	Sistema misto de seguros privados e públicos	Sem cobertura universal; Fortes pressões sobre programas públicos de saúde; Seguradoras: restrição da capacidade de escolha dos clientes e maior controlo sobre a prestação de cuidados de saúde; Necessidade de conter despesas de saúde
<b>Portugal</b>	Sistema Misto SNS, Subsistemas e seguros	Cuidados de saúde primários/Cuidados de saúde diferenciados e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais de prestadores de cuidados de saúde, funcionando sobre a superintendência e tutela do ministério da saúde; Organizações descentralizadas denominadas pelas cinco regiões de saúde; Mais concentração de cuidados de saúde primários e unidades da RNCCI no litoral

(Adaptado de Plano Nacional de Saúde 2011-16. Estudo “Integração e continuidade de cuidados”, 2010)

De seguida, apresentamos uma análise mais detalhada que nos ajuda a compreender a problemática da transição e continuidade de cuidados a nível internacional.

Na Alemanha, o sistema de financiamento depende predominantemente dos seguros e é controlado pelo setor privado. Os modelos de prestação, coordenação e continuidade de cuidados de saúde englobam programas de gestão de doença, programas de educação dos utentes, policlinicas, incentivos financeiros aos utentes e contratos de cuidados integrados.

Na Holanda, o sistema é igualmente dependente do financiamento por seguros. A coordenação de cuidados engloba o médico de família, enfermeira comunitária, assistente

social e prestadores de cuidados informais, é assegurada uma *Chains of care*. A organização matricial está presente nas equipas multidisciplinares. As TIC asseguram a monitorização à distância. Existe um de "Enfermeiro de ligação" contratado pelo hospital e há normalização de procedimentos relativamente à coordenação dos cuidados e transferência de utentes.

A Dinamarca apresenta a figura do médico clínico geral consultor e a remuneração destes clínicos gerais é efetuada com base na prestação de serviços. O relatório faz referência a um esforço de uniformização dos procedimentos e critérios de referenciação.

A Espanha apresenta um sistema descentralização em que a transferência de poderes passa para as regiões. Há uma maior autonomia na gestão dada às instituições e aos profissionais de saúde, e os modelos de gestão são mais inovadores, criando-se consórcios, concessões. A criação de estruturas intermédias e equipas multidisciplinares para gestão da transição entre níveis é uma realidade e há a criação da "pessoa de contacto". Os médicos especialistas dão apoio de consultoria técnica aos profissionais dos cuidados de saúde primários.

Na Finlândia, verifica-se igualmente uma descentralização do sistema de saúde. Os municípios são responsáveis pelos cuidados de saúde e as TIC são uma aposta. Verifica-se ainda a inclusão de cuidados agudos nos cuidados primários. Está presente a figura de um gestor de caso e de profissionais de coordenação, como a enfermeira de ligação, médico pessoal e a enfermeira pessoal. O controlo de qualidade é efetuado através da definição de planos de cuidados, protocolos e definição de padrões e critérios de qualidade. Este país aposta ainda na formação com programas mais diversificados. A contratualização de serviços ao sector privado e a outros municípios pode ser efetuada. Os profissionais são contratados em exclusividade e a remuneração é feita por salário.

Na Inglaterra o sistema de saúde (*National Health Service*) prevê cobertura universal e tem por base a equidade e a integralidade, descentralizado e de financiamento público. A articulação entre os serviços de saúde e os serviços sociais designada por *Primary Care Trusts* é uma realidade. A figura do *GateKeeper*: médico de família, é quem gere os cuidados em ambulatório e encaminha os doentes para internamento hospitalar. As equipas dos CSP são equipas multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros e outros profissionais. O *empowerment* do cidadão é uma realidade, assim como o gestor de caso e o gestor da doença, verificando-se maior estruturação e especialização na gestão da continuidade de cuidados.

Na Itália, o modelo de organização de saúde é caracterizado por Unidades Locais de Saúde, apresentando um modelo integrado de prestação de cuidados domiciliários que engloba a área da saúde e o sector social. O médico de medicina geral e familiar é o elemento chave e é quem encaminha o doente para cuidados especializados ou internamento hospitalar.

Na Suécia, o modelo de saúde depende dos impostos e é controlado pelo setor público. Nestes pais existe um esforço de coordenação entre os cuidados hospitalares e os cuidados no domicílio. Há uma forte ligação em rede, entre os hospitais e os centros de saúde, assim

como a existência de uma cadeia de cuidados - *Chains of care*. A Suécia aposta fortemente nas TIC).

Os EUA apresentam um sistema misto de cuidados de saúde centrados na gestão da doença. As *Health Maintenance Organizations* são organizações de manutenção de saúde que prestam cuidados de saúde aos seus beneficiários mediante um determinado pré-pagamento. Nos últimos anos, as políticas de saúde passaram a incorporar a universalidade, acessibilidade e a regulação. Manteve-se a liberdade de escolha, a natureza privada da prestação de cuidados e a tipologia do financiamento. Verifica-se também um grande investimento nas redes de cuidados de saúde articuladas e hierarquizadas, em TIC, em coordenação entre profissionais, serviços e continuidade de cuidados (Costa, 2013).

Relativamente a Portugal, o sistema de saúde é caracterizado por três sistemas coexistentes: o SNS, os subsistemas de saúde e os seguros de saúde privados. O SNS oferece uma cobertura universal. O sistema é administrado a nível central pela ACSS e está dividido por regiões e sub-regiões de saúde. O SNS Português integra todos os cuidados de saúde desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. É gratuito uma vez que é financiado pelo Estado através de tributação geral. Os cuidados de saúde são tendencialmente gratuitos para os utentes. A coordenação de cuidados é assegurada por equipas multidisciplinares constituídas por médicos e enfermeiros de família, assistente social e prestadores de cuidados informais. Existe ainda, uma normalização de procedimentos relativamente à coordenação dos cuidados e transferência de utentes. A continuidade de cuidados é assegurada pela RNCCI/EIHSCP/ECCISM.

Em resumo, nos países analisados podemos identificar vários grupos de países com base nas características de prestação de cuidados e de financiamento. Costa (2013) refere que “os sistemas de saúde resultam de opções políticas...” e são essas opções “... que determinam a forma como os cuidados são prestados, financiados e organizados”.

Verifica-se que existe uma tendência geral para a privilegiar os cuidados centrados na pessoa inserida no seu meio sociofamiliar e as experiências mais relevantes são as de integração e continuidade de cuidados, cuidados em ambulatório e CSP. Os programas de gestão de doença e gestão de casos são os mais referidos.

Na maior parte dos países analisados existe de alguma forma atividades de coordenação de cuidados que vão encaminhando os utentes pelos sistemas de saúde. No entanto o “coordenador da continuidade de cuidados” está entregue ao utente ou cuidador e quando aplicado, difere em cada uma das transições entre os diferentes níveis de cuidados. Este cenário, reflete a especialização da prática médica e das ligações frágeis entre os diferentes níveis de cuidados, com modelos de prestação de cuidados de saúde através da existência de uma diversidade de instituições independentes, financiadas de forma distinta e administradas por organismos diferentes (Lopes et al. 2010).

Em Portugal, a RNCCI tem um papel fundamental na continuidade dos cuidados, nomeadamente através das equipas especializadas na referenciação de utentes, na coordenação interprofissional inter e intrainstitucional e intersectorial acompanhando os programas de gestão de doença com base em normas e procedimentos, sistemas de monitorização e vigilância, modelo de financiamento específico, assente em sistemas de informação.

## 2 - RESPONSABILIDADE DO GESTOR EM ENFERMAGEM NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A gestão adequada de recursos de enfermagem às reais necessidades de prestação de cuidados ao doente/cuidador é um dos principais desafios dos enfermeiros gestores nomeadamente no que concerne à qualidade e segurança dos cuidados. A crescente complexidade nos processos de produção organizacional e a readaptação dos modelos de gestão são medidas necessárias para garantir o sucesso das organizações. É neste sentido que a adequação das equipas de enfermagem à atual procura de cuidados, focados nas necessidades efetivas dos doentes vão além dos ganhos em saúde (Dias; Queirós, 2010).

Assim, é necessário que os cuidados de saúde sejam bem planeados e coordenados e não fragmentados e incongruentes. Um estudo desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) em 2014 sobre “Um Futuro para a Saúde”, refere que *“os serviços bem-sucedidos são caracterizados por um bom trabalho de equipa, por partilharem uma visão, agirem em conjunto e cada um assegurar que a sua equipa desempenha o papel esperado”*. Refere ainda que *“... a liderança coletiva ou coligação de lideranças afigura-se promissora e com grande impacto no futuro”* (Crisp et al., 2014).

Atualmente os clientes dos cuidados de saúde tem expectativas de viver mais anos e cada vez com mais autonomia. Para se garantir respostas adequadas aos novos padrões de procura, como a acessibilidade, o tratamento igual e com níveis adequados de recursos, exige-se sistemas de saúde descentralizados, com responsabilidades partilhadas, com novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados e o desenvolvimento de redes de especialidades, associadas a centros de referência que abranjam toda a população com recurso à tecnologia e a protocolos partilhados. Os enfermeiros gestores são os principais responsáveis e agentes de mudança, através de programas de formação e desenvolvimento de novas funções, isto porque são os recursos humanos que geram os maiores benefícios nos cuidados de saúde ao cliente do SNS, por prestarem cuidados de proximidade.

Segundo o estudo já referido de Crisp et al. (2014), não existem estudos sistemáticos internacionais disponíveis para efetuamos comparações, mas referem que,

*“Há observações circunstanciais que indicam que as funções dos enfermeiros têm sido relativamente pouco alargadas, em comparação com outros países da Europa Ocidental; possivelmente, tal deve-se em parte à percentagem relativa de enfermeiros no sistema”*.

O mesmo estudo verificou que existe uma disposição na lei para a nomeação de um Diretor-Geral de Enfermagem para o país, mas que o cargo nunca foi preenchido. Da mesma forma,

parece ter havido poucas iniciativas no sentido da reformulação de cargos ou admissões de novos profissionais, como aconteceu em alguns países europeus. O estudo refere que o estatuto dos enfermeiros deverá ser promovido através da nomeação de um Diretor-Geral de Enfermagem, reforçando o papel dos enfermeiros nas organizações e tanto quanto o orçamento permita, aumentando o seu número. O estudo desenvolvido por Dias e Queirós (2010) considera na recomendação três que *“a coordenação de cuidados deve ser assumida por profissionais de saúde nomeadamente enfermeiros”*.

Sendo a coordenação uma função da gestão, podemos afirmar que gestão e coordenação existem em simultâneo. Vários autores estudados (Almeida et al. 2010) e (Almeida, 2012), referem dois conceitos de coordenação: a coordenação entre vários níveis assistenciais e a coordenação de cuidados.

A coordenação pressupõe contextos bem definidos em que as partes embora diferentes, desempenham papéis indispensáveis, independentemente do local onde estejam, agem sincronizados e voltados para um objetivo comum de coesão organizacional essencial no planeamento e controlo neste modelo de gestão (Lopes et al., 2014).

A gestão é a capacidade de avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento. (Escoval, 2003). A gestão de uma organização leva a uma maior eficiência e existirá melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o fator económico (Chiavenato, 2000). Gerir é articular recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, apurando custos com o objetivo de garantir qualidade dos serviços prestados. Para que a instituição atinja os objetivos que estão definidos é necessário organizar o espaço, o tempo, o trabalho, as pessoas, assim como os recursos financeiros.

A gestão dos serviços de enfermagem constitui uma parte do exercício dos enfermeiros no contexto hospitalar, no contexto de CSP ou no contexto de CCI. Esta gestão torna-se essencial para as instituições, na medida em que diagnostica, planeia, controla, dirige e avalia os recursos humanos, materiais, físicos, tecnológicos e de informação, necessários às unidades de saúde, especificamente aos serviços de enfermagem.

Ao efetuar uma análise das vertentes relacionadas com a gestão em enfermagem, verifica-se que esta sustenta as suas intervenções em quatro eixos fundamentais: prática profissional ética e legal; gestão de cuidados e serviços; a intervenção política e assessoria e o desenvolvimento profissional (Guerra, 2017).

Em Portugal, tem havido uma preocupação por parte da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), em potencializar a gestão em enfermagem, relevando o seu papel inequívoco dentro das organizações, com a elaboração de um referencial de competências. O seu foco é a maximização da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão, famílias e comunidade, constituindo-se desta forma, numa

estrutura fundamental para a sua operacionalização. Ressalva ainda nesse referencial de competências que é essencial:

*“Compreender a reforma do sistema de saúde e seu impacto nos cuidados prestados, sendo visionário, pensando estrategicamente de forma a planejar adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências” (APEGEL, 2010).*

A gestão, como instrumento do processo de trabalho nas organizações dos serviços de saúde, implica competências e capacidade de tomada de decisão que influenciam a estrutura, o processo e os resultados dos serviços, da organização e do SNS. A continuidade de cuidados está implícita em todo o processo de gestão das equipas de enfermagem, por este ser o profissional que integra transversalmente todo o percurso do doente. Questões sobre o que se faz a montante do internamento hospitalar e a jusante da alta do hospital, para assegurar a continuidade de cuidados, são colocadas diariamente na prática profissional do enfermeiro gestor.

A continuidade de cuidados, planeada e assegurada com processos de comunicação eficaz dentro e entre as equipas, envolve recursos humanos que pelas suas capacidades, habilitações e experiência profissional, lhe permitem tomar decisões e encontrar soluções para a continuidade de cuidados. Atualmente o enfermeiro gestor, consciente da criação de recursos que resolvam as necessidades específicas das populações, tem desenvolvido tarefas relacionadas com a coordenação de cuidados, atribuindo competências aos enfermeiros das respetivas equipas com formação especializada e experiência profissional (Dias; Queirós, 2010).

Esta aposta requer investimento em recursos humanos de enfermagem, nomeadamente na formação dos profissionais nas áreas:

*“ (...) Da comunicação, liderança e competências humanas, organização dos sistemas de saúde e percurso do cidadão no sistema de saúde, formação digital em saúde; reforçando a formação conjunta entre os profissionais de saúde para estimular o trabalho de equipas multidisciplinares” (Dias; Queirós, 2010).*

Estes pressupostos envolvem não só a tutela como a autoridade de saúde, as direções hospitalares e os gestores das diferentes equipas profissionais.

A par das características das equipas de enfermagem e dos métodos de trabalho adotados, os enfermeiros gestores vêem-se confrontados com as políticas e modelos organizacionais que interferem nos cuidados de enfermagem. Os modelos organizacionais dos cuidados de enfermagem devem atender às necessidades dos doentes e famílias que, consoante a

complexidade e o grau de incapacidade, exigem recursos humanos quantitativos e qualitativos adequados.

A gestão de recursos humanos é um dos desafios mais prementes para o enfermeiro gestor. As equipas de profissionais de enfermagem vão além de meros recursos em cuidados de saúde, possuem especificidades e competências que o gestor deve conhecer e potenciar em cada elemento da sua equipa, para conseguir que a soma das partes responda às necessidades dos doentes e cuidadores e aos objetivos da organização. Adequar os recursos humanos às necessidades de continuidade de cuidados, assegurando comunicação e acompanhamento do percurso do doente, desde a admissão até à alta, é atender às reais necessidades dos doentes e cuidadores, dos profissionais, da instituição e do SNS e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

## 2.1 - A continuidade de cuidados - uma garantia de qualidade

A gestão de Serviços de Saúde assume atualmente um papel preponderante na eficiência e qualidade dos cuidados prestados ao cliente. A boa gestão de uma organização conduz a uma maior eficiência e a melhor adequação dos recursos disponíveis, considerando o fator económico e a sustentabilidade do SNS.

A qualidade em saúde sustenta-se diretamente na prática profissional, ao nível da gestão de processos, de resultados, da gestão organizacional e com a garantia de segurança do cliente. A continuidade de cuidados é um processo que garante resultados, contribui para a gestão de camas e promove a segurança na prestação de cuidados e por isso, contribui para a garantia da qualidade em saúde. Este processo de garantia de qualidade é um fenómeno sobejamente conhecido no mundo empresarial e que nos últimos anos está a ser transportado para as organizações de saúde. *“A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade”* (OE, 2001).

Para que ocorra garantia de qualidade de cuidados, são necessários basicamente dois pilares: um sistema organizacional de controlo da qualidade nas instituições e a definição de padrões profissionais de assistência como acontece com os enfermeiros.

O Conselho de Enfermagem da OE definiu, em dezembro de 2001, o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem a base padronizada da qualidade



dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. O documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) constitui um referencial, segundo o qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população. Os PQCE constituem um alicerce para o exercício de uma prática profissional de excelência, na medida em que as exigências crescentes dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde favorecem o aumento do nível de conhecimentos. O enunciado descritivo dos PQCE relativo à organização dos cuidados refere que *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001).

A continuidade de cuidados surge-nos desta forma como um processo essencial para assegurar bons resultados de saúde aos clientes e respetivas famílias, estando consagrado na Deontologia Profissional de Enfermagem, como um dever no Artigo 104.º, alínea d) (OE, 2015).

Não existe qualidade dos cuidados de saúde sem o envolvimento de todos os intervenientes do processo de cuidados: profissionais, doentes e familiares. O contrário resulta em fragmentação de cuidados, em planos de tratamento confusos, com grande probabilidade de erros, duplicação de cuidados, acompanhamento desadequado, assim como a falta de preparação do doente e cuidadores para continuidade de cuidados após a alta hospitalar (Dias; Queirós, 2010).

A qualidade na transição e continuidade de cuidados exige sobretudo profissionais empenhados e sensibilizados para a mudança, disponibilizando informação ao doente e cuidador sobre como melhorar o seu estado de saúde bem como quem devem contactar em caso de necessidade. É aqui que toma significado o trabalho do enfermeiro gestor. Cabe-lhe assegurar a qualidade dos cuidados prestados, motivar e manter a motivação dos seus profissionais, promover a mudança, servir de ligação entre a equipa de enfermagem e os restantes profissionais, de forma a gerir o conflito, serem flexíveis e gerar abordagens criativas para a resolução de problemas. Acresce ainda a sua responsabilidade com a qualidade dos cuidados através da monitorização continua, considerada como um fator estratégico, promotor da segurança dos cuidados ao doente e da melhoria dos resultados do desempenho dos profissionais. (Rocha; Sousa; Martins, 2016)

O estudo sobre de Dias e Queirós (2010) já anterior referido, enfatiza quatro domínios importantes na avaliação da qualidade das transições de cuidados: transferência de informação; preparação do utente e prestadores de cuidados, particularmente os familiares; a capacidade de autogestão dos cuidados e a capacidade de escolha dos utentes (Coleman et al. 2002 cit por Dias; Queirós, 2010).

Estes processos de qualidade têm que integrar o doente mas também a família, pois é com o doente e através da família, que parte da garantia da qualidade de cuidados pode ser

assegurada, assim com o a própria continuidade. Neste contexto, o poder de comunicação dos profissionais, a transmissão adequada e concertada por toda a equipe clínica da informação e o encaminhamento para os diferentes níveis e cuidados permitirão assegurar a qualidade de cuidados.

## 2.2 - Indicadores significativos para o processo de continuidade de cuidados

A avaliação dos cuidados de saúde é um processo essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Esse processo de avaliação traduz-se através da aplicação de indicadores que permitem calcular, isto é, medir o impacto que os cuidados de saúde têm na população. Os indicadores de saúde são então *“medidas síntese que contêm informação relevante sobre determinação de atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde”* (OPAS, cit por Pereira, 2009) e estão divididos em indicadores de estrutura, processo e resultados, conforme classificação de Donabedian e indicadores epidemiológicos. Estes últimos foram as primeiras medidas dos cuidados de saúde.

Os indicadores de saúde refletem as condições de saúde de uma população. Nos últimos anos, foram definidos os indicadores de estrutura, processo e resultado que possibilitam uma avaliação mais pormenorizada da complexidade da prestação de cuidados de saúde. Desta forma, atualmente é impensável que o enfermeiro gestor não faça uso dos indicadores, utilizando-os como ferramenta de gestão estratégica para medir, monitorizar, avaliar e implementar ações de melhoria na prática de enfermagem. A sua utilização é uma oportunidade de melhoria da qualidade dos processos, do desempenho dos profissionais e da satisfação dos clientes. Os indicadores direcionam a tomada de decisão para ações que contribuem para o alcance dos objetivos institucionais.

A RNCCI, como organização mais recente da prestação de cuidados de saúde, definiu para além da tipologia de indicadores anteriormente referida, um conjunto que permite avaliar aspectos de saúde que poderão traduzir a continuidade de cuidados, tais como: uma abordagem biopsicossocial na prestação de cuidados e a existência de um Plano Individual de intervenção multidisciplinar para cada cliente, com metas mensuráveis e monitorizadas periodicamente (Lopes et al., 2010). O principal objetivo da RNCCI centra-se na obtenção de ganhos em autonomia do doente. No entanto, verifica-se que a medição da continuidade de cuidados não é uniforme nos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde invalidando a possibilidade de comparar esses mesmos contextos entre si.

A partir de 2016, a reforma da RNCCI expressa na Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, vem trazer alterações que permitem fazer o *follow up* no sistema com a finalidade de identificar a descontinuidade de cuidados, ganhos em saúde, diminuição do recurso às urgências e ao reinternamento hospitalar.

Dias e Queirós (2010), no estudo realizado sobre a integração e continuidade de cuidados, elencou várias recomendações no sentido de reforçar os mecanismos de articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados e de contratualização. Nestas recomendações estão ainda definidos alguns dos indicadores que implementados de forma sistemática, poderão ser significativos para a avaliação da continuidade de cuidados e assim potenciar ganhos para a população em Portugal. Relativamente às recomendações da dimensão estratégica, este estudo sugere indicadores para a avaliação da continuidade de cuidados, dos quais sobressai: número de utentes referenciados / número de utentes estimados; Taxa de readmissões na RNCCI com o mesmo diagnóstico em doentes referenciados pelas EGA/ER; Taxa de cobertura do ACES através da Percentagem de admissões inadequadas e dias de internamento inapropriados; Tempo de espera para transferência de doentes entre os níveis de cuidados; Taxas de readmissão no hospital; Taxas de referência para Cuidados Continuados; Percentagem de clientes com gestor de caso atribuído; Número de meios de comunicação com o cliente por hospital; Numero de projetos /experiencias com prestação de cuidados em casa, por serviço; Percentagem de utilização dos meios eletrónicos para monitorização dos doentes à distância; Percentagem de comunicações utilizando meios eletrónicos pelos prestadores de cuidados e os utentes no domicílio.

No plano de ação de desenvolvimento da RNCCI de 2016-2019 foram definidos as fórmulas de cálculo de indicadores, que avaliam o percurso interno, mas não articulam a continuidade com os demais níveis de cuidados.

Em resumo, a avaliação destes indicadores possibilita a medição de alguns aspetos de saúde, no entanto, ainda não permite a avaliação do risco para o doente quando a preparação para a alta não cumpre os parâmetros do Despacho nº2784/2013.

### **2.3. - O Método de trabalho como garantia de continuidade**

Da reflexão sobre o processo de continuidade emerge a necessidade de abordar a importância do método de trabalho dos enfermeiros nas unidades de saúde.

O método de trabalho em enfermagem é um modo de organização do trabalho e uma imprescindível Ferramenta de Gestão. Visa o melhor resultado possível considerando as necessidades de cuidados identificados, recursos materiais existentes, bem como a natureza do trabalho a ser realizado (Marquis; Huston, 2010).

O enfermeiro gestor, no âmbito do seu trabalho, deve ser capaz de escolher o método que mais se adequa às características da sua organização, de forma a garantir cuidados de enfermagem eficazes e eficientes. Para fazer esta escolha ele terá que considerar a habilidade e a disponibilidade das pessoas envolvidas, os recursos físicos e materiais existentes, as condições do cliente, bem como a natureza do trabalho a ser realizado.

Ao longo dos tempos, observaram-se inúmeras mudanças nas características das instituições de saúde, nas suas estruturas organizacionais e nas respetivas fontes de poder, bem como dos seus objetivos, pelo que necessariamente há mudanças na forma de organizar a assistência de enfermagem.

Com o crescente aumento da necessidade de encontrar níveis mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, tendo em consideração a escassez de recursos humanos e financeiros, obriga-se a que os enfermeiros gestores procurem soluções mais eficientes na organização da prestação de cuidados. Podemos dizer que a qualidade global na prestação de cuidados e a continuidade de cuidados na alta hospitalar só será atingida quando se conseguir relacionar, de forma eficiente, a humanização dos cuidados com a excelência técnica. Esta ligação visa a excelência dos serviços e dos cuidados prestados (Backes, 2006; Brito, 2008).

Para melhor compreender a abrangência e a eficiência de alguns dos diversos modelos de prestação de cuidados, entende-se ser pertinente apresentar uma breve caracterização dos diferentes métodos encontrados na bibliografia atualmente existente, nomeadamente o método à tarefa, individual, de equipa e de referência.

O método à tarefa, que organiza os cuidados de forma funcional sustenta-se nas teorias Administração Científica de Taylor e Clássica de Fayol. A presença deste método de organização do trabalho, na Enfermagem, remonta aos tempos de Florence Nightingale (SpagnoL, et al 2001), onde o cuidado é a resposta à tarefa. Consiste num modo de organização em que o processo global de trabalho é fracionado em tarefas, no qual cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995) o que predispõem uma especialização em tarefas. Desta forma, o cuidado de enfermagem que inicialmente era executado de maneira integral por uma pessoa, mesmo que muitas vezes leiga, passou a ser fragmentado em “técnicas” ou “tarefas”, a denominada prática de enfermagem funcional, visando sobretudo a economia de tempo e maior agilidade na execução dos serviços (Bellato; Pasti; Takeda, 1997).

A principal vantagem deste método de trabalho reside na eficiência, uma vez que as tarefas são executadas com rapidez e pouca clareza relativa a responsabilidades. Possibilita ainda a prestação de cuidados por uma quantidade mínima de profissionais de enfermagem. Para os gestores, que vêem a saúde numa perspetiva unicamente económica, isso é bastante significativo, já que podem-se reduzir enormemente os custos com salários e encargos funcionais. Entretanto, percebe-se nessa perspetiva que o atendimento holístico e qualificado não é considerado essencial (Marquis e Huston, 2010).

As desvantagens residem basicamente na fragmentação dos cuidados o que muitas vezes não permite a identificação das reais necessidades do cliente, resultando em baixa qualidade dos cuidados prestados e comprometendo a continuidade de cuidados. Soma-se ainda a monotonia no trabalho e falta de desafios, o que gera insatisfação no trabalho e baixa produtividade (Marquis e Huston, 2010).

A organização da continuidade com base neste método seria sustentada numa enfermagem cujo seu trabalho seria o processo de continuidade quando estivesse no serviço de todos os doentes nesse turno.

O método individual baseia-se no conceito de cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a quantidade de trabalho o permitir (Pinheiro, 1994). A totalidade dos cuidados é prestada pelo profissional responsável pelo cliente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o número de clientes atendidos por um enfermeiro pode variar. A organização global dos cuidados em face das necessidades de um cliente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o cliente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assentam principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível. O enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo. (Pinheiro, 1994). A continuidade de cuidados no método individual será mais uma atividade desenvolvida na assistência de enfermagem nesse turno que atende o cliente.

O método de trabalho em equipa é um método que se contrapõe ao trabalho individual e isolado. Na enfermagem esta forma de organização do trabalho tem início na década de 50, com o surgir das teorias humanistas da gestão. Neste modelo de prestação de cuidados, um grupo de profissionais da equipa de enfermagem, sob a orientação de um enfermeiro, colaboram no atendimento a um grupo de clientes. *“Como líder da equipa, o enfermeiro é responsável por identificar as necessidades de todos os clientes afetos à equipa e pelo planeamento do atendimento individual”* (Marquis e Huston, 2010: p. 340).

Partilhando da opinião de Kron e Gray, (1989, cit por Costa, J., sd) este método foi criado com o objetivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo. Os cuidados são centrados no cliente e a sua implementação é discutida em reuniões diárias de

equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e definem a sua implementação dos respetivos cuidados. Uma das visíveis diferenças trazidas por este método é que os cuidados assumem uma continuidade, ao contrário da fragmentação verificada nos métodos anteriores. Este método assenta nos pressupostos de que todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa e é fundamental o planeamento de cuidados. Identifica-se, no entanto, a necessidade de uma comunicação efetiva entre os elementos da equipa, a fim de assegurar a continuidade na prestação dos cuidados de enfermagem planeados. A aplicação da continuidade de cuidados seria mais uma das atividades a introduzir no funcionamento da equipa.

O método de Enfermeiro de Referência, em que os cuidados de enfermagem são desenvolvidos por um enfermeiro responsável pelos mesmos clientes durante o internamento, é um método que surgiu na década 1970 e utiliza os conceitos do atendimento integral ao cliente. Traz a figura do enfermeiro novamente para o cuidado direto ao cliente e sustenta-se no conceito de cuidados individualizados.

*“O enfermeiro de referência tem a responsabilidade do planeamento dos cuidados, para as 24 horas, de um ou mais clientes, desde a sua admissão até a alta. Durante as horas de trabalho o enfermeiro de referência presta atendimento integral a esse cliente”* (Marquis e Huston, 2010).

Assim, com este método, a enfermagem garante por si própria a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa (Pearson, 1988) e hoje ele torna-se como a base do método da gestão de casos. A decisão está descentralizada, mas a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente preparado para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994), devendo o enfermeiro chefe desenvolver um padrão de cuidados que permita aos enfermeiros assumir uma responsabilidade mais personalizada. O trabalho do gestor torna-se diferente pois ele delega a responsabilidade dos cuidados no enfermeiro gestor de caso.

O foco de enfermagem é o doente e pretende-se que este receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). O enfermeiro de referência desenvolve para os seus doentes, toda a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados, assegura a sua continuidade através da elaboração de planos escritos, planeia a alta, realiza ensinamentos ao doente e à família, e transmite todos os dados pertinentes aos enfermeiros que o substituem na sua ausência.

Nem todos os enfermeiros do serviço têm condições para serem responsáveis, e para assegurar os cuidados têm que existir enfermeiros com este papel e enfermeiros adjuntos que substituem estes nas ausências.

A continuidade de cuidados é planeada e acompanhada pelos enfermeiros de referência. Podemos concluir que o método de trabalho pode ser facilitador da garantia de continuidade e facilitador do processo.





### 3 - TRABALHO DE CAMPO

Em Portugal temos assistido à preocupação política para garantir uma assistência a partir do SNS, pelo que explorar a forma com se tem organizado a continuidade de cuidados de saúde, torna-se um imperativo que nos propomos alcançar. Contudo para iniciar essa caminhada temos que planear uma forma que nos ajude a observar esse problema, o que nos levou a um estudo descritivo, nos hospitais públicos da região Norte do país.

No que se refere às práticas de referência/ligação entre os enfermeiros que prestam cuidados ao cliente e a EGA ou os CSP, surge a pergunta de partida: *Será que está garantido a todos os clientes a continuidade assistencial com o desenvolvimento do processo de planeamento de alta, considerando as diferentes respostas para a continuidade de cuidados?*

Com a finalidade de contribuir para uma avaliação deste processo organizativo e assim garantir a qualidade na ligação dos cuidados, demos inicio a este trabalho focado nos seguintes objetivos:

- Compreender como os enfermeiros organizam o processo de referência entre a rede hospitalar e RNCCI na região norte de Portugal;
- Analisar as atividades desenvolvidas para a continuidade de cuidados, em contexto hospitalar;
- Analisar as características dos enfermeiros que fazem a referência/ligação para a RNCCI.

Face aos objetivos, formulamos as seguintes perguntas de investigação:

- Será que há condições que garantem a continuidade de cuidados?
- Que condições têm contribuído para a continuidade de cuidados?
- Como é desenvolvido o processo de continuidade de cuidados?

Pelo que desenvolvemos um estudo de carácter quantitativo e descritivo, que neste capítulo pretendemos explicitar a preparação do trabalho de campo.

### 3.1. Variáveis em estudo

As variáveis em estudo foram determinadas pelo tipo de estudo descritivo pelo que consideramos as variáveis como, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações passíveis de mudar ou variar no tempo, às quais pode ser atribuído uma medida (Polit; Beck, 2011).

Agrupamos assim as variáveis considerando as de caracterização sociodemográfica (quadro nº2), condições profissionais (quadro nº3), contexto do trabalho do enfermeiro de ligação (quadro nº4), processo de continuidade de cuidados (quadro nº5), processo de continuidade em rede (quadro nº6), acompanhamento após a alta (quadro nº7) e reinternamentos (quadro nº8).

Quadro nº2 - Variável sociodemográfica

Dimensões	Componentes	Indicadores
Sexo	Feminino Masculino	Sim/Não
Idade	Anos completos	Numérico
Estado civil	Solteiro União de facto Casado Divorciado/separado Viúvo	Sim/Não
Habilitações literárias	Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento	Sim/Não

As variáveis sociodemográficas destinam-se a caracterizar a amostra, podendo contribuir para a análise das condições dos enfermeiros que no momento fazem continuidade de cuidados.

Quadro nº 3 - Variável das condições profissionais

Dimensões	Componentes	Indicadores
Categoria profissional	Enfermeiro Enfermeiro graduado Enfermeiro especialista Enfermeiro chefe/enfermeiro supervisor	Sim/Não
Tempo de exercício profissional	Anos completos	Sim/Não
Área de desenvolvimento profissional	Prestação de cuidados Gestão Ambas	Sim/Não

Estas variáveis serão um contributo para a compreensão do desenvolvimento do processo de referenciação. Na dimensão categoria profissional não seguimos a atual carreira porque ela não nos daria informação suficiente pois pelo estado atual apenas teríamos enfermeiros.

Quadro nº 4 - Variável do contexto de trabalho do enfermeiro de ligação

Dimensões	Componente	Indicadores
Tipo de Horário de Trabalho	Horário Fixo; Horário Rotativo	Sim / Não
Enfermeiros de ligação	Existência de enfermeiros nesta função Nº de enfermeiros de ligação por turno	Sim / Não
Quem solicita a Continuidade de Cuidados	Enfermeiro; Médico; Assistente Social	Sim / Não
Meio para solicitar a Continuidade de Cuidados	Sistema informático; Telefone; Formulário específico (em papel); E-mail	Sim / Não
Meio de comunicação utilizado entre o enfermeiro de ligação	Sistema informático; Telefone; Formulário específico (em papel);E-mail	Sim / Não
Utilização de formulário específico para as suas funções como enfermeiro de ligação		Sim / Não
Papel na continuidade de cuidados	Enfermeira(o) coordenador/a da Equipa de Gestão de Altas (EGA); Enfermeira(o) gestor do serviço Enfermeira(o) generalista que presta cuidados; Enfermeira(o) de referência	Sim / Não

As variáveis do contexto de trabalho destinam-se a analisar as condições do desenvolvimento da atividade de continuidade de cuidados, pelos enfermeiros de ligação.

Quadro nº 5 - Variável do processo de continuidade de cuidados nos serviços

Dimensões	Componente	Indicadores
Avaliação inicial do cliente	Exame físico na avaliação inicial do cliente	Sim; Não; Não se aplica
	Entrevista de avaliação inicial	Sim; Não; Não se aplica
	Contacto com familiares para participar na Avaliação inicial	Sim; Não; Não se aplica
Risco de Reinternamento	Utilização de Instrumentos	Sim; Não; Não se aplica
	Documentar no processo	Sim; Não; Não se aplica
Recursos e serviços necessários para a continuidade do cuidado	Conhecimento prévio dos recursos externos	Sim; Não; Não se aplica
	Rede de apoio intra-hospitalar	Sim; Não; Não se aplica
	Rede de apoio extra hospitalar	Sim; Não; Não se aplica
Processo de continuidade	Conhecimento prévio dos profissionais que receberão o cliente	Sim; Não; Não se aplica
Sistemas de referência a para continuidade	Família Cuidados continuados / EGA USF	Sim; Não
Desenvolvimento do plano de alta do cliente	Iniciado o plano de alta do cliente	No momento da alta; 48 Horas após internamento; Outro
	Envolvimento de outros profissionais	Sim; Não; Não se aplica
	Coordenador do plano de alta	Sim; Não; Não se aplica
	Envolvimento da família	Sim; Não; Não se aplica
	Contacto com familiares no dia da alta	Sim; Não; Não se aplica
	Realização das orientações do plano de alta	Sim; Não; Não se aplica
	Entrega do plano de alta ao cliente	Sim; Não; Não se aplica
	Realiza plano de alta a todos os clientes	Sim; Não; Não se aplica
Risco de problemas com a alta	Uso de critérios de risco de problemas com a alta	Sim; Não; Não se aplica
	Pessoas dependentes nos autocuidados Pessoas a viver sozinhas Vítimas de maus tratos ou negligência Indigentes Doenças crónicas agudizadas Úlceras e pressão múltiplas Queda no domicílio	Sim; Não

As variáveis referentes ao processo de continuidade de cuidados nos serviços destinam-se a analisar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, face à necessidade de continuidade de cuidados da admissão à alta e incluímos as situações específicas de reinternamento, nos serviços.

Quadro nº6 - Variável do processo da continuidade em rede

Dimensões	Componente	Indicadores
Conhecimento da admissão do cliente na unidade de cuidados continuados	Sistema informático Contacto telefónico entre os profissionais Troca de <i>email</i> entre os profissionais Carta entregue pelo cliente Plano de alta entregue pelo cliente Formulário impresso	Sim; Não
Informação sobre o encaminhamento do cliente	Não é informado No dia da alta Depois da alta Um dia antes da alta Uma semana antes da alta	Sim; Não

As variáveis sobre a continuidade em rede vão contribuir para a análise da continuidade externa e referenciação e especificamente o fluxo da informação.

Quadro nº 7 - Variável do acompanhamento após a alta

Dimensões	Componente	Indicadores
Avaliação do processo de transição	Indicadores	Sim; Não
Contacto após a alta	Com a enfermeira responsável	Sim; Não; Não se aplica
Meios de contacto	Telefone Agendamento de Consulta <i>Email</i>	Sim; Não

Embora na realidade do serviço nacional de saúde a continuidade de cuidados seja uma preocupação, por vezes, existe uma exagerada segmentação entre os serviços contribuindo para a falta de articulação entre os mesmos e consequente prejuízo para o cliente, pelo que incluímos variáveis que se destinam a analisar a continuidade de cuidados, especificamente na seguimento do cliente após alta.

Quadro nº 8 - Variável sobre o reinternamento

Dimensões	Componente	Indicadores
Informada sobre o reinternamento		Sim; Não; Não se aplica
Ações preventivas de reinternamentos	Tempo entre a alta e o reinternamento	Sim; Não; Não se aplica
	Tempo para desenvolvimento de ações	Na Admissão; Nas primeiras 24 horas; Quando se está a pensar dar novamente alta
Informação sobre o reinternamento	Para a unidade de cuidados continuados	Sim; Não; Não se aplica
Feedback com familiares e cuidadores	Causas de reinternamento	Sim; Não; Não se aplica

Os reinternamentos são uma realidade e por isso constam como indicador dos serviços a nível nacional. Este indicador sofre por isso de penalizações, no cumprimento dos objetivos contratualizados (ACSS, 2016) pelos serviços, quando ocorre no primeiro mês após a alta, pelo que o incluímos neste conjunto de variáveis para analisar as respostas ao planeamento de alta.

Acreditamos que a operacionalização nos vai ajudar a descrever o fenómeno em estudo.

### 3.2. População e amostra

Uma população é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios precisos que definem a população em estudo (Fortin, 2003).

A amostra é uma parte da população em estudo. É a redução da população a uma dimensão menor sem perda das características essenciais porque na realidade nem sempre é possível obter as informações de todos os elementos da população. A representatividade da amostra depende do seu tamanho e da forma como é efetuada a recolha de dados. É necessário garantir que a amostra possua as mesmas características e seja representativa da população, no que respeita às variáveis que pretendemos pesquisar (Oliveira, 2017).

Pretendemos analisar as práticas de continuidade de cuidados nos hospitais públicos da região norte de Portugal. Para tal, utilizamos como população alvo, os enfermeiros se identificaram como elos de ligação intra e interinstitucional na continuidade de cuidados.

Todavia, dada a impossibilidade de se fazer um estudo de uma população, optou-se por recorrer a uma amostra, ou seja a um subconjunto da população ou um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. A amostra foi intencional, formada por enfermeiros que se identificaram como elos de ligação intra e interinstitucional na continuidade de cuidados dos hospitais públicos da região norte do país, nos serviços de Cirurgia, Medicina Interna e Ortopedia por serem os serviços comuns a todas as instituições estudadas e tornar a amostra acessível.

Os critérios de inclusão são os enfermeiros que as instituições identificam como os enfermeiros de ligação e estão em atividades de continuidade de cuidados durante a colheita de dados, considerando-se o enfermeiro de ligação como o profissional indicado para estabelecer a comunicação com o cliente, identificar as suas necessidades e capacidades, assegurar a colaboração dos familiares/prestadores de cuidados após o regresso ao domicílio, estabelecer a ligação com as equipas da instituição intra-hospitalar e extra-hospitalar, identificar os meios para a continuidade de cuidados (Bernardino, 2010).

Os critérios de exclusão são: estar em processo de formação, estar ausente ao trabalho por incapacidade ou doença, ou outro motivo, bem como os enfermeiros dos serviços de Pediatria, Obstetrícia, Urgência, Consulta Externa e Unidades Especializadas.

Quadro nº 9 - Hospitais da amostra

Designação do Hospital
Hospitalar da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
Centro Hospitalar Médio Ave, EPE.
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.
Centro Hospitalar do Porto, EPE
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE.
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.
Hospital de Braga PPP
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Hospital Santa Maria Maior, EPE
Centro Hospitalar de São João, EPE
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE.

Foram selecionados todos os hospitais do SNS da região norte (quadro 9), conforme dados consultados no *site* da ARS Norte (2016). Desses hospitais foram selecionados os serviços existentes em todos para poder efetuar a comparação. Como tal, selecionamos os serviços de Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ortopedia. O número de enfermeiros previstos para a amostra era de 125, tendo sido selecionados de forma intencional e de acordo com as

dimensões dos hospitais e o número de serviços das especialidades selecionadas. A nossa amostra acabou por ficar reduzida a 69 enfermeiros, considerando que a participação era livre.

### **3.3. Instrumento de recolha de dados**

A colheita de dados deve realizar-se segundo um plano pré-estabelecido (Fortin, 2009), pois, antes de iniciar a colheita de dados, o investigador deve determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adapta ao objeto em estudo e às questões de investigação.

A natureza deste estudo conduziu a que se privilegiasse o questionário, de auto preenchimento tendo optado por aplicar um questionário adaptado do utilizado por Bernardino; Aned, e Martins (anexo I), num estudo multicêntrico em desenvolvimento. A escolha deste método assentou nas diversas vantagens que ele apresenta, nomeadamente num menor custo económico associado, na possível uniformidade das questões apresentadas a todos os inquiridos, na garantia de anonimato das respostas e na possibilidade de existir questões cujas respostas se direcionem a uma finalidade específica do estudo pretendido. (Fortin, 2003).

O questionário aplicado neste estudo (Anexo I) é composto por 72 perguntas de resposta fechada e algumas para especificação de resposta aberta, nas quais foi possível recolher informação relativamente aos seguintes elementos: perfil do respondente (distrito, idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo de serviço, categoria profissional e função atual), metodologias de trabalho do enfermeiro de ligação aquando da realização da avaliação inicial do cliente, na coordenação dos serviços e recursos para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, desenvolvimento do plano de alta do cliente, formas de comunicação entre o enfermeiro de ligação do hospital e os profissionais dos cuidados de saúde primários, acompanhamento do cliente após a alta hospitalar, reinternamento do cliente, fatores que facilitam e dificultam a atividade do enfermeiro de ligação, as competências essenciais para atuar como enfermeiro de ligação, desenvolvimento das competências e finalmente questionou-se se existia alguma atividade desenvolvida pelos enfermeiros de ligação mas que não estivesse contemplada ao longo do questionário.

A recolha de dados foi realizada entre os meses de janeiro e junho de 2016.

Para facilitar a colheita de dados o questionário foi disponibilizado às instituições em suporte de papel e *on-line* de acordo com as preferências das mesmas.



Da recolha efetuada do total das respostas obtidas, verificamos as respostas de via *on-line* (69,6%) e em suporte de papel (30,4%), de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 - Descrição da forma de recolha de dados

	Nº	%
Online	48	69,6
Em Papel	21	30,4
Total	69	100,0

Depois de recebido o total dos questionários, construímos uma base de dados no aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 20 para o Windows, vindo posteriormente a fazer a estatística descritiva.

Nas perguntas abertas foi feita a análise interpretativa das respostas e estas foram agrupadas no sentido das palavras-chave de cada afirmação.

### 3.4. Procedimentos éticos

Dado que é essencial respeitar os princípios éticos e deontológicos em todas as etapas de um processo de pesquisa, foi solicitado formalmente a cada Presidente do Conselho de Administração de todas as unidades hospitalar da Região Norte a colaboração no estudo, de modo a que fosse concedida autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Depois das formalidades, as respostas de cada hospital foram em sentidos diferentes face ao processo de parecer ético, pelo que alguns hospitais passaram de imediato para os enfermeiros e outros passaram por parecer da comissão de ética que junto anexamos. Tivemos ainda dois hospitais que não participaram referindo não terem enfermeiros de ligação nos serviços.

O investigador não teve contacto direto com os participantes e sempre tivemos o cuidado de não identificar as pessoas que responderam, por outro lado agrupamos as respostas por distrito afim de não identificar os hospitais de origem dos dados, pelo que consideramos que garantimos o anonimato das participantes e das instituições.



## 4 - AS EVIDÊNCIAS DAS PRÁTICAS DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO HOSPITAL

Finalizada a colheita dos dados, é necessário proceder à sua organização tendo em vista a sua análise e para tal aplicam-se metodologias estatísticas para descrever a amostra, assim como as diversas variáveis (Fortin 2009).

Neste sentido, no presente capítulo iremos realizar à análise dos resultados alcançados com a aplicação do questionário *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais - Elos de ligação*, através da utilização da análise descritiva.

### 4.1- Descrição da amostra

Para o desenvolvimento do presente estudo, a amostra foi constituída por 69 enfermeiros.

Tabela 2 - Descrição da amostra por distrito

Distrito	Nº	%
Braga	8	11,6
Bragança	5	7,2
Porto	43	62,3
Viana do Castelo	10	14,5
Vila Real	3	4,3
Total	69	100

Pela observação da tabela 2, podemos constatar que os participantes são maioritariamente do distrito do Porto (62,3%), seguindo-se por ordem decrescente o distrito de Viana do Castelo (14,5%) o distrito de Braga (11,6%), o distrito Bragança (7,2%) e por fim, o distrito de Vila Real (4,3%) com três participantes, representado assim, o distrito com menor representatividade no estudo.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	49	71,0
Masculino	20	29,0
Total	69	100,0

No que se refere ao sexo dos participantes neste estudo, descritos na tabela 3, constatou-se uma predominância de sexo feminino (71%), o que representa quase três quartos da amostra.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por estado civil

Estado civil	Nº	%
Solteiro	12	17,4
União de Facto	2	2,9
Casado	50	72,5
Divorciado/Separado	2	2,9
Viúvo	3	4,3
Total	69	100,0

Os resultados referentes ao estado civil possibilitam verificar que a maioria dos participantes é casada (72,5%), seguindo-se os solteiros (17,4%). Com valores percentuais menores encontramos os viúvos (4,3%), recaindo a menor percentagem (2,9%) quer para a união de facto quer para divorciados/separados (tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição da amostra por habilitações académicas

Habilitações académicas	Nº	%
Licenciatura	45	65,2
Mestrado	22	31,9
Doutoramento	2	2,9
Total	69	100,0

No que concerne as habilitações académicas (tabela 5), pelos resultados inseridos, é notório que cerca de 7 em cada 10 indivíduos que constituem a nossa amostra, possuem habilitação de Licenciatura (65,2%), seguida de Mestrado (31,9%).

Sobre o tempo de exercício profissional a variação foi entre 2 e 40 correspondendo uma média de 22,2 anos, um desvio padrão de 8,2 anos.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Enfermeiro	8	11,6	11,8	11,8
Enfermeiro Graduado	2	2,9	2,9	14,7
Enfermeiro Especialista	40	58,0	58,8	73,5
Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Supervisor	18	26,1	26,5	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

No que se refere à Categoria Profissional (tabela 6), cerca de metade dos participantes (58,8%) responderam que eram Enfermeiros Especialistas. Os restantes dividem-se entre 26,5% de Enfermeiros Chefes/Supervisores, 11,8% de Enfermeiros e 2,9 % de Enfermeiros graduados, sendo que um caso não explicitou informação.

Questionados sobre o tipo de funções que exercem, verificamos que:

Tabela 7 - Distribuição da amostra por tipo de exercício de funções

Áreas de atuação	Nº	%
Prestação de Cuidados	24	34,8
Gestão	29	42,0
Ambas	16	23,2
Total	69	100,0

A maioria (42%), ou seja cerca de 4 em cada 10 participantes deste estudo afirmaram que exercem funções na gestão de serviços, enquanto 34% estão ligadas a prestação de cuidados. Apenas 23,2% dos inquiridos exercem funções nos dois âmbitos, (tabela 7).

Reportando-nos agora à distribuição dos participantes que responderam, relativamente ao tipo de horário laboral (tabela 8), observamos que:

Tabela 8 - Distribuição da amostra por Tipo de horário de trabalho

Tipo de horário de trabalho	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Horário Fixo	51	73,9	78,5	78,5
Horário Rotativo	14	20,3	21,5	100,0
Total	65	94,2	100,0	
Omisso	4	5,8		
Total	69	100,0		

O horário fixo é o mais frequente com cerca de 78,5%, enquanto somente cerca de 21,5% tem horário rotativo. De notar que 5,8% dos participantes não responderam a esta questão.

Em síntese, os participantes apresentam-se com maiores percentagens no perfil de enfermeiras, com a idade média de 44 anos, casadas, licenciadas, enfermeiras especialistas e a desenvolver a sua atividade na área da gestão e com o horário fixo.

#### **4.2 - Processos de ligação na continuidade**

Para analisar os processos de continuidade começamos por verificar o número de enfermeiros que intervêm no processo de ligação. Dos resultados obtidos, podemos afirmar que metodologias diferentes estão presentes na organização desta atividade. Há hospitais em que os elos são desenvolvidos pelos enfermeiros responsáveis pelos cuidados aos clientes, e neste caso referem usar o método de enfermeiros responsável/de referência, e há outros que têm enfermeiros designados especificamente para este fim.

Para compreender a representação dos enfermeiros como elos de ligação no processo assistencial, questionamos “quantos enfermeiros desempenham funções no serviço onde trabalha”. As respostas variaram conforme o turno, verificando-se que no turno da manhã os valores variavam de 0 a 20, na tarde de 0 a 18 e na noite de 0 a 5 enfermeiros. Aceitamos que a leitura da pergunta poderia ter compreensão diferentes pelos participantes, pois a ocorrência de respostas com 0 enfermeiros a desempenhar funções deixa-nos perplexos. Só o compreendemos porque alguns provavelmente estariam a referir-se aos enfermeiros elos de ligação.

Contudo verificamos que a média de enfermeiros por turno da manhã é de 6 enfermeiros, na tarde 3 e na noite 2, e a moda de 6 para a manhã, 3 para a tarde e 3 para a noite, sendo o desvio padrão para a manhã 2,970, na tarde 2,334 e na noite 1,102.

Embora a atividade de continuidade de cuidados seja uma realidade permanente nos serviços, questionamos se ocorreria ou não.

Tabela 9 - Distribuição da opinião se existem no serviço onde exerce funções enfermeiros de ligação

Opinião	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Não	3	4,3	5,2	5,2
Sim	55	79,7	94,8	100,0
Total	58	84,1	100,0	
Omisso	11	15,9		
Total	69	100,0		

Quando questionamos se existem enfermeiros a exercer como enfermeiros de ligação (tabela 9) verificamos que 15,9% dos participantes não responderam. Dos que responderam verifica-se que 94,8% dizem que sim.

Quando particularizamos sobre o número de enfermeiros de ligação por turno, nos serviços que responderam afirmativamente à existência de enfermeiros de ligação, verificamos que apenas 64 dos participantes responderam para o turno da manhã, variando de acordo com o modelo de trabalho utilizado no serviço, sendo em média de 2,58.

Procuramos de seguida compreender quem dá início a continuidade de cuidados (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra quanto a quem solicita a continuidade de cuidados

Profissionais	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Medico	4	5,8	6,0	6,0
Medico, Enfermeiro	51	73,9	76,1	82,1
Medico, Enfermeiro, Assistente. Social	6	8,7	9,0	91,0
Todos	6	8,7	9,0	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

Verificamos que na maioria, são os Médicos e Enfermeiros (76,1%) que a efetuam. Com frequências iguais (9%) surgem médico, enfermeiro, assistente social e todos. Salienta-se que destes Todos, fazem parte, além dos referidos, outros profissionais ou especialistas, tais como fisiatras, nutricionistas ou fisioterapeutas.

No que respeita o meio de comunicação pelo qual é solicitada a Continuidade de Cuidados (tabela 11), verificamos que:

Tabela 11 - Distribuição do meio através do qual é solicitada a continuidade dos cuidados

Formas de solicitar	Nº	%
Formulário específico em papel e telefone	50	72,5
Sistema informático	19	27,5
Total	69	100,0

Pouco mais de um quarto (27,5%) utiliza o sistema informática e que próximo de três quartos usa o formulário em suporte de papel e telefone.

Procuramos ainda saber, qual o meio de comunicação utilizado entre o enfermeiro de ligação e os demais profissionais (tabela 12):

Tabela 12 - Distribuição do meio de comunicação utilizado entre o enfermeiro de ligação e os demais profissionais

Formas de comunicação	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Sistema informático	7	10,1	10,4	10,4
Formulário específico em papel	40	58	59,7	70,1
Sistema informático e Formulário específico em papel (misto)	18	26,1	26,9	97,0
Telefone	2	2,9	3,0	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

Embora dois participantes não tenham registado a resposta, 59,7% utiliza o sistema informático e formulário específico em papel, e 26,9% o sistema informático e o formulário específico em papel.

Relativamente à utilização de um formulário específico para as funções de enfermeiro de ligação:



Tabela 13 - Distribuição da utilização um formulário específico para atividade como enfermeiro de ligação

Utilização de formulário	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	51	73,9	75,0	75,0
Não	7	10,1	10,3	85,3
Não se aplica	10	14,5	14,7	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Verificamos na tabela 13 que 75% da amostra utiliza um formulário específico para a atividade de enfermeiro de ligação. Só uma minoria, constituída por 10,3 %, é que não aplica nenhum formulário e um enfermeiro não respondeu.

Em síntese, a quase totalidade da amostra (94,8%) reconhecem a existência de enfermeiro de ligação, os enfermeiros e médicos são profissionais que solicitam a continuidade com maior frequência e a continuidade é feita por formulário específico.

#### 4.2.1. - A admissão para a continuidade

Para averiguar o impacto do processo de admissão na continuidade de cuidados fomos analisar o processo de avaliação inicial.

O exame físico é uma parte com significado na avaliação do doente, pelo que fomos saber sobre a sua realização.

Começamos por estudar a realização de exame físico na avaliação inicial.

Tabela 14 - Distribuição da realização de exame físico na avaliação inicial

Opinião	Nº	%
Sim	44	63,8
Não	11	15,9
Não se aplica	14	20,3
Total	69	100,0

Verificamos na tabela 14 que 63,8% dos participantes efetuam o exame físico, contudo 20,3%, consideraram que esta atividade não se aplicava e 15,9% afirmam não realizar.

Na sequência da questão anterior, questionamos os participantes deste estudo que não efetuavam o exame físico na avaliação inicial dos clientes, sobre as principais razões (tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das razões para a não realização de exame físico na avaliação inicial

Razões para a não realização de exame físico	Nº	%
Desempenho funções na EGA - coordenadora da equipa multidisciplinar	1	9,09
Funções de gestão no serviço	10	90,9
Total	11	100,0

Verificamos que 11 dos participantes justificaram que não o faziam por desempenho de funções de gestão no serviço (54,3%), ou porque não prestam cuidados (36,3%) ou ainda porque estão na coordenação da equipa multidisciplinar na EGA (9,09%).

Já no que se refere à realização de entrevista ao cliente na avaliação inicial (tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição da realização de entrevista com o cliente na avaliação inicial

Opinião	N	%
Sim	41	59,4
Não	11	15,9
Não se aplica	17	24,6
Total	69	100,0

Verificamos que a maioria da nossa amostra (59,4%) realiza entrevista inicialmente, enquanto 15,9% não realiza e 24,6% refere que “não se aplica”.

Na sequência da pergunta sobre a realização da entrevista ao cliente questionamos sobre a identificação dos itens abordados (tabela 17). Vinte e um dos participantes descreveram os itens em texto aberto. Depois de análise do conteúdo de cada resposta, agrupamos em nove dimensões, respetivamente: Motivo de internamento; Antecedentes médicos; Antecedentes médicos e cirúrgicos; Medicação do domicílio; Hábitos de vida; Capacidade física e cognitiva; Mobilidade e funcionalidade prévia; Vertente social; Identificação do cuidador principal; Dependência prévia; Doenças crónicas; Necessidades pós alta; Riscos de Volição de integrar a rede e perspectivas de recuperação.

Tabela 17 - Distribuição dos itens abordados na entrevista

Temas abordados	Nº	%
Antecedentes médicos e cirúrgicos	15	23,1
Medicação do domicílio	13	20,0
Hábitos de vida	4	6,2
Capacidade física e cognitiva	17	26,2
Existência de cuidador	14	21,5
Necessidades pós alta	1	1,5
Perspetiva de recuperação	1	1,5
Total	65	100,0

É de salientar que as dimensões com maior representação são capacidade física e cognitiva (26,2%), seguindo-se de antecedentes relevantes (23,1%), existência de cuidador (21,5%) e medicação do domicílio (20%).

Questionámos os participantes deste estudo se habitualmente contactavam algum familiar para participar na avaliação inicial (tabela18).

Tabela 18 - Distribuição do contacto com algum familiar para participar na avaliação inicial

Opinião	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	41	59,4	61,2	61,2
Não	8	11,6	11,9	73,1
Não se aplica	18	26,1	26,9	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

A maioria das respostas dadas (61,2%) refere que “sim” enquanto, apenas 11,9% da amostra não realiza usualmente contacto com os familiares. De notar que para estas questões, 2,9% da amostra omitiu a sua opinião.

De forma a identificar a utilização de algum instrumento para avaliar o risco de reinternamento dos clientes, foi questionado o seu uso e a identificação do instrumento empregue, para os que responderam afirmativamente.

Assim, no que se refere à utilização de instrumentos de avaliação para analisar o risco de reinternamento, verificamos na tabela 19 que:

Tabela 19 - Distribuição da utilização de instrumento para avaliar o risco de reinternamento

Utilização do instrumento	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Não	59	85,5	88,1	88,1
Não se aplica	8	11,6	11,9	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

A maioria dos intervenientes (88,1%) refere que “não” utiliza nenhum instrumento e 11,9% refere que não se aplica.

Relativamente ao risco de internamento, questionamos os participantes sobre a documentação do risco de reinternamento do cliente (tabela 20)

Tabela 20 - Distribuição da realização de registo do risco de reinternamento do cliente

Registo do risco de reinternamento	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	3	4,3	4,4	4,4
Não	56	81,2	82,4	86,8
Não se aplica	9	13,0	13,2	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Somente 4,4% dos participantes responderam afirmativamente sobre a documentação desse risco, enquanto 82,4%, respondeu que não o documenta.

Quando solicitados sobre o local desse registo, só dois participantes responderam que sim. Um deles afirma que regista “em Notas Gerais de enfermagem” e outro regista no aplicativo da RNCCI.

Quando questionados sobre a realização de outras atividades na Avaliação Inicial ao cliente, emergiram várias dimensões: Antecedentes pessoais; Avaliação de Risco de Queda; Avaliação de Risco Úlcera Pressão (tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição de outras atividades realizadas na avaliação inicial ao cliente

Registo de atividades	Nº	%
Sem resposta	58	84,1
Antecedentes pessoais; Avaliação do risco de Queda e de Úlcera Pressão	4	5,8
Avaliação da capacidade para decidir e manifestar a sua vontade; Conhecimentos do cliente e prestador	1	1,4
Hábitos de vida; dependência prévia; Existência de cuidador	2	2,9
Medição de perímetro abdominal, vigilância de pensos, exame neurológico	1	1,4
Programação da alta	2	2,9
Sinais vitais, medicação do domicílio, identificação do prestador de cuidados	1	1,4
Total	69	100,0

Da análise do conteúdo da pergunta aberta verificamos que a maioria não respondeu. O dado que surge com maior frequência mas pouca representação é Antecedentes pessoais; Avaliação do risco de queda e úlcera de pressão.

O processo de continuidade de cuidados é garantido por enfermeiros que têm dedicações noutras áreas de trabalho, podem mesmo não ser pelos que fazem cuidados assistenciais diretos em continuidade.

Tabela 22 - Distribuição dos participantes quanto ao seu papel no processo de continuidade de cuidados

Papel no processo de continuidade	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Enfermeira(o) coordenadora da EGA	9	13,0	13,2	13,2
Enfermeira(o) gestor do serviço	23	33,3	33,8	47
Enfermeiro generalista que presta cuidados	13	18,8	19,1	66,1
Enfermeiro de referência	23	33,3	33,8	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

O processo de continuidade (tabela 22) é dividido em igual representação (33,8%), por enfermeiros gestores do serviço e enfermeiro de referência.

Analisando em conjunto os enfermeiros que prestam apenas cuidados diretos, verificamos que 33,8%, são dos Enfermeiro de referência e 19,1%, Enfermeiro generalista, evidenciando-se que estes em conjunto (52,9%) fazem a maioria de continuidade de cuidados. O

Enfermeiro coordenador da Equipa de Gestão de Altas (EGA), (13,2%), também consideram que intervém no processo de continuidade de cuidados.

Em síntese, a continuidade inicia-se na admissão, sendo que a maioria dos enfermeiros faz exame físico e quando não o fazem é porque não estão nos cuidados diretos. A entrevista é realizada pela maioria dos enfermeiros, e nesta fazem perguntas específicas sobre a capacidade física e cognitiva, antecedentes médicos e cirúrgicos. Verifica-se ainda que as famílias e também participam. Os enfermeiros que prestam cuidados são os que mais fazem continuidade.

#### 4.2.2 - Coordenação de recursos e serviços para a continuidade

O conhecimento prévio dos recursos externos ao hospital é essencial para otimizar as respostas a serem dadas face as necessidades detetadas e assim assegurar a continuidade de cuidados com eficácia.

Tabela 23 - Distribuição sobre o conhecimento dos recursos externos necessários para a continuidade de cuidados

Conhecimento dos recursos externos	N	%
Sim	60	87,0
Não	5	7,2
Não se aplica	4	5,8
Total	69	100,0

Verificamos na tabela 23 que a maioria conhece os recursos externos (87%). Todavia (7,2%) referem que não têm conhecimento dos recursos externos fundamentais para o prosseguimento dos cuidados.

Aprofundando a questão sobre o conhecimento dos recursos externos exploramos numa questão aberta a forma como tiveram o conhecimento dos mesmos. Face às respostas fomos analisar o conteúdo e agrupamos nas seguintes dimensões: SClinico; equipe assistencial, prestador de cuidados (tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição da forma como se obteve o conhecimento dos recursos externos para a continuidade de cuidados

Fontes de informação	Nº	%
Sem resposta	27	39,1
Através da equipa assistencial	3	4,3
No SClínico	35	50,7
Pela proposta de referenciação para a RNCCI	3	4,3
Prestador de cuidados	1	1,4
Total	69	100,0

Verificamos assim, que a maioria tomou conhecimento pelo SClínico (50,7%), contudo 39,1%, não responderam.

No que diz respeito à existência de uma rede de apoio intra-hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade dos cuidados (tabela 25):

Tabela 25 - Distribuição sobre a existência de uma rede de apoio intra-hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade dos cuidados

Conhecimento da rede intra-hospitalar	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Sim	63	91,3	92,6	92,6
Não	2	2,9	2,9	95,6
Não se aplica	3	4,3	4,4	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Constatamos que a maioria dos participantes (92,6%) referiu que há uma rede de apoio dentro do hospital. Só 2,9% mencionou que não existia ou que não se aplica (4,4%).

Quando questionamos com uma pergunta aberta sobre o funcionamento da rede de apoio (tabela 26), mais uma vez fizemos análise de conteúdo das respostas e agrupamos:

Tabela 26 - Distribuição sobre o funcionamento da rede de apoio intra hospitalar

Funcionamento da rede intra-hospitalar	Nº	%
Sem resposta	25	36,2
A EGA - Encaminha os clientes para a RNCCI	32	46,4
EGA - referencia clientes para a RNCCI e a EIHSCP presta cuidados paliativos	9	13,0
Equipa de apoio ao domicílio após a alta. Constituída por Médico, Enfermeiro, Psicóloga, Fisioterapeuta	1	1,5
Existe trabalho de equipa entre a equipa de enfermagem, equipa médica e serviço social	1	1,5
Referenciação para o serviço social e coordenação com a EGA	1	1,5
Total	69	100,00

Verificamos que 36,2% dos enfermeiros não especificaram as respostas, a maior frequência (46,4%) recaiu sobre “EGA - encaminha clientes para a RNCCI”.

Relativamente à existência de uma rede de apoio extra-hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade do cuidado (tabela27).

Tabela 27 - Distribuição da existência de uma rede de apoio extra hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade dos cuidados

Opinião sobre a existência da rede	Nº	%
Sim	56	81,2
Não	10	14,5
Não se aplica	3	4,3
Total	69	100,0

Verificou-se que a maioria dos participantes (81,2%) reconhece a sua presença.

Quando questionamos sobre a rede de apoio extra-hospitalar (tabela 28) e depois da análise de conteúdo verificamos que:



Tabela 28 - Distribuição sobre o funcionamento da rede de apoio extra hospitalar

Respostas	N <sup>a</sup>	%
Sem resposta	30	43,5
A ECL e A ECR colocam clientes na RNCCI	22	31,9
A ECL e a ECR que gerem as vagas e colocam os clientes na RNCCI	9	13
A ECL equipas coordenadoras locais e as ECR equipas coordenadoras regionais	5	7,4
É entregue ao cliente e família a carta de transferência médica e de enfermagem para Centro Saúde	1	1,4
Equipa coordenadora Local que dá seguimento aos processos de referenciação para cuidados continua	1	1,4
RNCCI. Serviço social. USF.	1	1,4
Total	69	100,0

Relativamente ao funcionamento da rede de apoio extra-hospitalar, verificamos que a RNCCI é a estrutura de apoio mais referenciada. A opinião mais representativa é que a “ECL e a ECR colocam doente na RNCCI” (31,9%), seguindo-se a atribuição de gestão de vagas com 13%.

Quando questionamos sobre a forma de identificação das unidades de cuidados continuados verificamos que (tabela 29):

Tabela 29 - Distribuição da forma de identificação das unidades de cuidados continuados

Formas de identificação da UCC	Nº	%
Sem resposta	31	44,9
Através das necessidades de cuidados identificadas para continuidade na pós-alta	6	8,7
Através dos critérios de admissão na RNCCI e as necessidades do cliente	12	17,4
Através dos critérios de ingresso na RNCCI	18	26,1
Depende do apoio familiar, das dependências do cliente, do diagnóstico	1	1,4
Pela problemática do cliente, pela recuperação funcional, grau de dependência	1	1,4
Total	69	100,0

A maioria dos participantes do estudo identifica as unidades de cuidados para encaminhamento de clientes através dos critérios de referenciação da rede (26,1%). Para além deste critério associa ainda o critério das necessidades de cuidados do cliente (17,4%). No entanto, 44,9% da amostra não respondeu.

Questionamos os participantes sobre se possuem conhecimento prévio dos profissionais que receberão o cliente na UCC (tabela 30):

Tabela 30 - Distribuição quanto ao conhecimento prévio dos profissionais que receberão o cliente na Unidade de Cuidados Continuados

Opinião sobre conhecimento prévio	Nº	%
Sim	23	33,3
Não	42	60,9
Não se aplica	4	5,8
Total	69	100,0

Verificamos que mais de metade dos colaboradores (60,9%) indicam “não” obter nenhum conhecimento prévio dos profissionais que irão receber os clientes e apenas 33,3% dizem que conhecem.

No que diz respeito ao encaminhamento/referenciação dos clientes com necessidade de continuidade de cuidados para um sistema após alta hospitalar (tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição da referenciação dos clientes com necessidade de continuidade de cuidados após a alta

Referenciação	Nº	%
Família	1	1,4
Rede de Cuidados continuados	14	20,3
Unidades de saúde familiar	4	5,8
Todos os anteriores	47	68,1
Outros	3	4,3
Total	69	100,0

Verificamos que 68,1% da totalidade da amostra referencia para os sistemas: Família; Cuidados continuados/EGA e USF. Realça-se, no entanto, que desses três sistemas, a maior frequência relativa recai no sistema de Cuidados continuados/EGA.

Quando questionados sobre a identificação de outros sistemas de referenciação, nenhuma resposta foi obtida.

Em síntese, salienta-se lacunas no conhecimento sobre quem vai receber o doente após a alta, mas reconhece-se a rede externa e interna de apoio intra e extra hospitalar.

### 4.3 - Desenvolvimento do plano de alta

A alta hospitalar é um processo contínuo, não um procedimento isolado. Este pode e deve ser planeado o mais precocemente possível e em equipa multidisciplinar. Para que a alta hospitalar seja considerada adequada é necessário coerência entre a alta médica, de enfermagem e social. A RNCCI salienta que o planeamento da alta hospitalar tem como objetivo garantir a continuidade dos cuidados de saúde assim como a utilização eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade (UMCCI, 2011).

Neste sentido o plano de alta é uma oportunidade de se conseguir a efetividade dos cuidados, é um processo que envolve o desenvolvimento de um plano para facilitar a transferência do cliente do hospital para o domicílio ou outro nível de cuidados.

Para compreender o fenómeno de continuidade procuramos saber quando era iniciado o plano de alta do cliente (tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição da opinião sobre o início do plano de alta

Opinião	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
No momento da alta	2	2,9	4,3	4,3
Nas primeiras 48 horas após o internamento	42	60,9	89,4	93,6
Outro	3	4,3	6,4	100,0
Total	47	68,1	100,0	
Omisso	22	31,9		
Total	69	100,0		

Do total da amostra, 31,9% não responderam, contudo 68,1% deram a sua opinião, recaindo a maioria (60,9%) nas primeiras 48h após o internamento.

No que diz respeito ao envolvimento de outros profissionais no plano de alta, verificamos na tabela 33 que:

Tabela 33 - Distribuição sobre a existência de envolvimento de outros profissionais no plano de alta

Envolvimento no plano de alta	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Sim	65	94,2	95,6	95,6
Não	2	2,9	2,9	98,5
Não se aplica	1	1,4	1,5	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Verificamos que a maioria dos profissionais (95,6 %) refere que há envolvimento de outros profissionais.

Quando solicita-se a identificação dos profissionais envolvidos no plano de alta, verificamos na tabela 34 que:

Tabela 34 - Distribuição dos profissionais envolvidos no plano de alta

Opinião sobre outros profissionais envolvimento no plano de alta	Nº	%
Enfermeiro coordenador da EGA	55	79,7%
Enfermeiro	46	66,7%
Médico	47	68,1%
Fisioterapeuta	0	0%
Psicólogo	0	0%
Assistente social	58	84,1%
Todos os anteriores	7	10,1%
Outros	2	2,89%

O assistente social (84,1%) e os enfermeiros coordenadores da EGA (79,1%) são identificados como os profissionais mais envolvidos no plano de alta do cliente. Entre os restantes profissionais da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta e o psicólogo não foram identificados como tal.

Procuramos ainda saber se existia um coordenador do plano de alta (tabela 35).

Tabela 35 - Distribuição sobre a existência de coordenador do plano de alta

Existência de coordenador	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Sim	39	56,5	57,4	57,4
Não	25	36,2	36,8	94,1
Não se aplica	4	5,8	5,9	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Das respostas obtidas, constatamos que para a maioria dos participantes (57,4%) existe um coordenador do plano de alta. Somente 36,8% referem que não existe coordenador.

Foi solicitado aos participantes do estudo que responderam afirmativamente à existência de um coordenador do plano de alta que identificassem o mesmo (tabela 36).

Tabela 36 - Distribuição do profissional que coordena o plano de alta

Coordenadores do plano de alta	Nº	%	% Valida	% Cumulativa
Enfermeiro	10	14,5	34,5	34,5
Médico	3	4,3	10,3	44,8
Enfermeiro coordenador da EGA	15	21,7	51,7	96,6
Outros	1	1,4	3,4	100,0
Total	29	42,0	100,0	
Omisso	40	58,0		
Total	69	100,0		

Da análise das respostas, verificou-se que maioritariamente (51,7%) é o “Enfermeiro coordenador da EGA” identificado nesse papel, logo seguido do “Enfermeiro” (34,5%). Os grupos profissionais menos mencionados foram “Médico” (10,4%) e outros (3,4%).

Com o intuito de percebermos quais os itens abordados no plano de alta, questionamos a nossa amostra sobre os principais itens usados (tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição dos principais itens do plano de alta

Itens da alta	Nº	%
Sem resposta	33	47,8
Cuidados de reabilitação / reabilitação funcional	5	7,2
Tratamento de Ulceras de pressão/Feridas	3	4,3
Regime medicamentoso	12	17,4
Cuidados paliativos	1	1,4
Apoio social	8	11,6
Ensinos /Treinos	7	10,1
Total	69	100,0

Após a análise dos resultados obtidos, os itens com maior frequência foram: “Regime medicamentoso” (17,4%), “Apoio social” (11,6%) e “Ensinos /Treinos” (10,1%). No entanto, é importante realçar que um grande número de participantes do estudo não respondeu a esta pergunta (47,8%).

Procuramos ainda saber de que forma os familiares estão envolvidos no plano de alta (tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição do envolvimento dos familiares no plano de alta

Envolvimento da família	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	63	91,3	94,0	94,0
Não	1	1,4	1,5	95,5
Não se aplica	3	4,3	4,5	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

Os resultados da tabela demonstram que a maioria (94%) respondeu afirmativamente ao envolvimento dos familiares.

Ainda relacionado com a participação dos familiares no plano de alta, questionaram-se os enfermeiros se habitualmente contactam com algum familiar no dia da alta (tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição da realização de contactos com familiar no dia da alta

Contacto com familiar	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	59	85,5	86,8	86,8
Não	2	2,9	2,9	89,7
Não se aplica	7	10,1	10,3	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Verificamos que em 86,8% responderam afirmativamente. No entanto, somente 10,3% mencionou que “não se aplica”.

Procuramos aprofundar ainda sobre a elaboração de orientações do plano de alta ou delegação a outro profissional de saúde (tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição da realização de orientações do plano de alta ou delegação a outro profissional

Delegação a outro profissional	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	47	68,1	69,1	69,1
Não	3	4,3	4,4	73,5
Não se aplica	18	26,1	26,5	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Verificamos que a maioria (69,1%) respondeu afirmativamente, apenas 26,5% diz que “não se aplica”.

Já no que se refere à entrega do plano de alta no momento da alta hospitalar, verificamos na tabela 41 que:

Tabela 41- Distribuição quanto à entrega do plano de alta ao cliente na alta hospitalar

Entrega do plano de alta	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	63	91,3	92,6	92,6
Não se aplica	5	7,2	7,4	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

A quase totalidade dos enfermeiros (92,6%) refere que efetua a entrega do plano de alta, não tendo havido nenhuma resposta negativa. Esse dado significaria que não seria possível conhecer outro modo de acesso ao plano de alta pela unidade de saúde que recebe o doente.

No entanto só houve uma única resposta obtida, que refere que a unidade de saúde que recebe o cliente tem acesso ao plano de alta através de “carta”.

Quando questionados os participantes do estudo sobre a realização de plano de alta a todos os clientes internados no serviço (tabela 42):

Tabela 42 - Distribuição quanto à realização de plano de alta a todos os clientes internados no serviço

Plano de alta para todos os clientes	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	48	69,6	71,6	71,6
Não	7	10,1	10,4	82,1
Não se aplica	12	17,4	17,9	100,0
Total	67	97,1	100,0	
Omisso	2	2,9		
Total	69	100,0		

Verifica-se que a maioria (71,6%) faz um plano de alta a todos os clientes. Todavia, 17,9% refere que não se aplica.

Procuramos ainda saber se os enfermeiros que compõem a amostra usam critérios que permitem identificar, nas primeiras 48 horas, riscos de problemas com a alta (tabela 43).

Tabela 43 - Distribuição quanto à utilização de critérios para identificar, nas primeiras 48 horas, os riscos de problemas com a alta

Existência de critérios de risco	Nº	%
Sim	39	56,5
Não	25	36,2
Não se aplica	5	7,2
Total	69	100,0

Como se pode verificar 56,5% dos participantes usam critérios para sinalizar os riscos inerentes com a alta.

Procuramos saber a distribuição das condições do cliente possíveis de se identificar nas primeiras 48h e que tinham implicações na alta (tabela 44).

Tabela 44 - Distribuição das condições do cliente possíveis de se identificar nas primeiras 48h e que têm implicações na alta

Condições do cliente	Nº	%
Queda no domicílio	55	79,7
Úlceras de pressão múltiplas	61	88,4
Doenças crónicas agudizadas	58	84
Indigentes	61	88,4
Vítimas de maus tratos ou negligência	60	86,9
Pessoas a viver sozinha	67	97,1
Pessoas dependentes nos autocuidados	65	94,2
Outros	30	43,4
Total	69	100,0



De acordo com os resultados obtidos, verificamos que a causa mais representativa está relacionado com o facto de as pessoas viverem sozinhas (97,1%) e de serem pessoas dependentes nos autocuidados (94,2%).

É de salientar que no item “Outras” foram identificadas condições relacionadas com patologias.

Quando procuramos saber a distribuição das condições do cliente relacionadas com patologias e possíveis de se identificar nas primeiras 48h e com implicações na alta (tabela 45), verificamos que:

Tabela 45 - Distribuição condições do cliente relacionadas com patologias e possíveis de se identificar nas primeiras 48h e que têm implicações na alta

Patologias	N <sup>a</sup>	%
AVC	19	73,1
Cientes com neoplasia para Cuidados paliativos	3	11,5
AVC, DPOC, doença respiratória, internamentos recorrentes	3	11,5
Fraturas trocântéricas e fraturas do colo do fémur	1	3,9
Total	26	100,0

Dessas condições a mais representativa é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (73,1%).

Quando solicitados a deixarem sugestões sobre o plano de alta do cliente, os participantes responderam que a uniformização dos procedimentos do plano de alta em todas as instituições do SNS e níveis de cuidados assim como a sua obrigatoriedade foram as sugestões mais referenciadas (tabela 46).

Tabela 46 - Distribuição de outras sugestões sobre o plano de alta do cliente

Sugestões sobre o plano de alta	Nº	%
Sem resposta	53	76,8
Deveria ser obrigatório em todos os hospitais	5	7,3
Criar um plano de alta em parceria com os cuidados de saúde primários	1	1,5
Normalização por parte da DGS	9	13
Interoperabilidade entre sistemas informáticos e instituições	1	1,5
Total	69	100,00

Da análise das respostas verificamos que 76,8% dos enfermeiros não apresentaram sugestões. Contudo dos restantes, a normalização do planeamento de alta pela DGS surgiu como a resposta mais apresentada (13%) seguida da opinião de ser obrigatório em todos os hospitais (7,3%).

Em síntese, o planeamento de alta já é uma realidade. Contudo também é possível melhorar esta intervenção.

#### **4.4 - Comunicação Hospital versus Rede de cuidados continuados e Cuidados de saúde primários**

A comunicação intrainstitucional e interinstitucional é um dos recursos mais importantes em qualquer organização de saúde, não esquecendo a comunicação ao cliente sobre os aspectos associados à alta hospitalar, a uma adequada transição e a continuidade de cuidados.

As cartas de alta foram criadas com o intuito de serem utilizadas entre o hospital e os cuidados de saúde primários. A falta de comunicação entre os diferentes intervenientes da cadeia de cuidados após a alta pode criar uma descontinuidade de cuidados dos clientes e implicar a ocorrência de efeitos adversos.

Atualmente é possível a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde entre os diferentes níveis de cuidados. A Plataforma de Dados da Saúde (PDS) apresenta-se como um instrumento capaz de fornecer informação em tempo real sobre os dados relevantes relacionados com a alta do cliente. No entanto carece ainda de sistemas de alerta para que os diferentes profissionais tomem conhecimento sobre a alta do cliente.

No que concerne à questão “Como é que o profissional da unidade de cuidados continuados que recebe o cliente toma conhecimento que este será encaminhado” verificamos na tabela 47 que:

Tabela 47 - Distribuição da forma como o profissional da unidade de cuidados continuados toma conhecimento do encaminhamento do cliente

Conhecimento do encaminhamento do cliente	Nº	%
Sistema informático	30	43,5
Contacto telefónico entre profissionais	40	58
Troca de <i>email</i> entre profissionais	52	75,4
Carta entregue pelo doente	9	13
Plano de alta entregue pelo doente	12	17,4
Formulário impresso	0	0
Outros	1	1,4
Total	69	100

Pelos resultados obtidos, verificamos que a forma de conhecimento do encaminhamento do cliente é preferencialmente realizada através de email (75,4%) e por contacto telefónico (58%).

Procuramos também saber sobre o momento em que o profissional da unidade de cuidados continuados que recebe o cliente é informado relativamente ao encaminhamento do mesmo (tabela 48).

Tabela 48 - Distribuição do momento em que o profissional da unidade de saúde que recebe o cliente é informado sobre o encaminhamento do mesmo

Momento de informação	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Não é informado	2	2,9	3,1	3,1
No dia da alta	35	50,7	54,7	57,8
Um dia antes da alta	26	37,7	40,6	98,4
Uma semana antes da alta	1	1,4	1,6	100,0
Total	64	92,8	100,0	
Omisso	5	7,2		
Total	69	100,0		

Verificamos que o instante mais frequente é “no dia da alta” (54,7%), seguindo-se “um dia antes da alta” (40.6%).

#### 4.4.1 - Acompanhamento após a alta

O processo de acompanhamento após a alta inicia-se com o envolvimento o cliente e a família na identificação os objetivos e das barreiras perante a alta.

Atualmente a responsabilidade da gestão dos cuidados após a alta recai na maioria das situações sobre o cliente e os seus familiares. O desempenho deste papel requer capacitação para gerir a sua recuperação e tratamento, nomeadamente informação sobre como melhorar o seu estado de saúde, bem como quem devem contactar em caso de necessidade.

A avaliação do acompanhamento da qualidade dos cuidados após a alta implica a transferência de informação, a preparação do cliente e do prestador de cuidados, a capacitação para auto gestão dos cuidados e a capacidade de escolha dos clientes.

O modelo de cuidados atual apresenta já alguma inovação tecnológica que lhe permite monitorizar os ganhos em eficiência e acessibilidade, nomeadamente na interação e comunicação com o cliente e na coordenação de cuidados, através da gestão integrada da informação. O investimento nas TIC garante a partilha e a integração da informação.

Este processo permite-nos reduzir os custos, diminuir o risco de reinternamento Hospitalar, diminuir a ocorrência de efeitos adversos, aumentar a satisfação dos clientes e facilitar o processo de transição do hospital para o domicílio ou mesmo outro nível de cuidados. (Hager, 2010).

Ao questionar este grupo sobre a existência de indicadores que avaliam o processo de transição do cliente no serviço onde trabalham (tabela 49).

Tabela 49 - Distribuição da existência de indicadores que avaliam o processo de transição do cliente

Existência de Indicadores	Nº	%
Sim	14	20,3
Não	51	73,9
Não se aplica	4	5,8
Total	69	100,0

Verificamos que 73,9% da totalidade da amostra declara que “não”, enquanto 20,3% refere que utilizam indicadores de avaliação no processo de transferência dos clientes.

Face à validação de existência de indicadores, solicitou-se aos enfermeiros que referissem quais seriam os indicadores utilizados na avaliação do processo de transição (tabela 50).

Tabela 50 - Distribuição do tipo de indicadores que avaliam o processo de transição

Indicadores	Nº	%
Sem resposta	55	79,7
Prevenção de eventos adversos	4	5,8
Promoção da autonomia	7	10,1
Ganhos em Conhecimentos e Aprendizagem	3	4,3
Total	69	100

O principal indicador enunciado foi a promoção da autonomia (10,1%). Este indicador pode ser retirado do sistema a partir da avaliação do índice de Barthel usado no SClínico e na RNCCI. Verificamos ainda que a prevenção de eventos adversos foi considerado um indicador (5,8%). Este indicador pode ser operacionalizado a partir da avaliação do risco de queda e úlcera de pressão, escalas utilizadas a nível nacional no SClínico em confronto com a ocorrência ou não do risco ou seja com a ocorrência de queda ou a existência de úlceras de pressão. O último indicador referido está relacionado com os ganhos em conhecimentos e aprendizagem (4,3%). Este indicador poderá surgir a partir dos registos dos ensinamentos e das capacidades, demonstradas após os ensinamentos.

Nesta sequência, procuramos saber se os clientes podem entrar em contacto com o enfermeiro responsável pela alta (tabela 51).

Tabela 51 - Distribuição da possibilidade do cliente poder entrar em contacto com a enfermeira responsável pela alta

Contacto com enfermeira	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	59	85,5	86,8	86,8
Não	6	8,7	8,8	95,6
Não se aplica	3	4,3	4,4	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

É de realçar que 86,8% dos participantes responderam que era possível ao cliente entrar em contacto com o enfermeiro responsável pela alta.

Ainda neste sentido, questionados os enfermeiros que responderam afirmativamente pergunta anterior sobre qual o meio de contacto utilizado entre os clientes e os enfermeiros (tabela 52).

Tabela 52 - Distribuição do meio de contacto entre cliente e a enfermeira

Meios de contacto com enfermeira	Nº	%
Telefone	54	91,5
E-mail	40	67,8
Agendamento de consulta	0	0
Total	59	100,0

A análise diz-nos que o telefone (91,55) é o meio de contacto mais utilizado seguido pelo correio eletrónico (67,8%).

#### 4.4.2 - Reinternamento hospitalar

O reinternamento hospitalar é um dos focos de atenção, nos cuidados de saúde por ser considerado um indicador da qualidade e da eficiência da prestação de cuidados. O reinternamento hospitalar, de entre as diversas classificações do SNS, define-se como readmissão ao serviço de internamento de um hospital com internamento de um cliente após ter tido alta desse mesmo hospital.

Uma readmissão hospitalar é passível de ser definida como uma nova hospitalização com todas as consequências para a saúde do cliente e para as despesas do hospital porque reflete o impacto dos cuidados hospitalares na condição do cliente após a alta. Adicionalmente outros fatores como a falta de investimento na preparação da alta, a falta de acompanhamento do cliente no domicílio são descritos como fatores que contribuem para as elevadas taxas de reinternamentos (Lopes et al, 2010; Ribeiro et al., 2011).

Relativamente à aquisição de informação sobre o reinternamento dos clientes (tabela 53).

Tabela 53 -Distribuição da informação sobre o reinternamento de um cliente

Informação sobre reinternamento	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	15	21,7	22,1	22,1
Não	51	73,9	75,0	97,1
Não se aplica	2	2,9	2,9	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		

Verificamos que no serviço os enfermeiros não são informados na maioria sobre o reinternamento (75%), ou seja três quartos da amostra.

Procuramos conhecer sobre a existência de um período entre a alta e o reinternamento dos clientes na qual se desenvolve alguma ação (tabela 54).

Tabela 54 - Distribuição da existência de um período de tempo entre a alta o reinternamento do cliente, para que desenvolva alguma ação

Período de tempo alta/reinternamento	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	5	7,2	7,6	7,6
Não	49	71,0	74,2	81,8
Não se aplica	12	17,4	18,2	100,0
Total	66	95,7	100,0	
Omisso	3	4,3		
Total	69	100,0		

Verificamos que aproximadamente três quartos da amostra (74,2%) refere que “não” há um momento para se realizar alguma ação.

Ainda na sequência da pergunta anterior, foi solicitado aos participantes que responderam afirmativamente, que apontassem o instante em que a ação ocorria entre a alta e o reinternamento (tabela 55).

Tabela 55 - Distribuição do momento em que se desenvolve alguma ação entre a alta e o reinternamento do cliente

Momentos	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Na Admissão	3	4,3	42,9	42,9
Nas primeiras 24 horas	1	1,4	14,3	57,1
Quando se está a pensar dar novamente alta	3	4,3	42,9	100,0
Total	7	10,1	100,0	
Omisso	62	89,9		
Total	69	100,0		

Verificamos que as opiniões se dividem em igual percentagem (42,9%) entre a “Admissão” e “Quando se está a pensar dar novamente alta”.

Quanto às principais razões de existir um momento entre a alta e o reinternamento, para que os enfermeiros desenvolvam alguma ação.

Tabela 56 - Distribuição das principais ações realizadas entre a alta e o reinternamento do cliente

Razões	Nº	%
Sem resposta	65	94,2
Assegurar a reserva de vaga	1	1,4
Assegurar a reserva de vaga junto dos serviços	1	1,4
Comunicar e confirmar a reserva de vaga na RNCCI até 8 dias	1	1,4
Providenciar a reserva de vaga na RNCCI	1	1,4
Total	69	100,0

Verificamos na tabela 56 que (94,2%) dos enfermeiros não respondeu. Os enfermeiros que reponderam (5,6%) apontam que a principal ação realizada é “Assegurar a reserva de vaga”.

Quando o cliente é reinternado, os enfermeiros devem informar o profissional da unidade de saúde para a qual o cliente foi encaminhado. Procuramos então saber se esta intervenção era realizada (tabela 57):

Tabela 57 - Distribuição da informação dada ao profissional da unidade de saúde para a qual o cliente foi encaminhado, aquando o reinternamento do cliente

Informação	Nº	%
Sim	48	69,6
Não	9	13,0
Não se aplica	12	17,4
Total	69	100,0

Da totalidade da amostra, 69,6% responderam que informa o profissional da unidade de cuidados continuados para a qual o cliente foi encaminhado aquando o reinternamento do cliente. Todavia, 13 % referiu não fazê-lo e 17,4% respondeu não se aplica.

Relativamente ao diálogo com o familiar ou o cuidador sobre as causas do internamento do cliente (tabela 58).

Tabela 58 - Distribuição sobre informação dada ao familiar/cuidador sobre as causas do reinternamento do cliente

Informação dada	Nº	%	% Válida	% Cumulativa
Sim	58	84,1	85,3	85,3
Não	5	7,2	7,4	92,6
Não se aplica	5	7,2	7,4	100,0
Total	68	98,6	100,0	
Omisso	1	1,4		
Total	69	100,0		



Verificamos que a maioria dos enfermeiros (85,6%) conversa com os cuidadores mais próximos dos clientes.

#### 4.5 - Fatores facilitadores e dificultadores da continuidade

Depois de compreender o processo passamos a procurar fatores facilitadores da existência de continuidade ou fatores dificultadores para que esta ocorra com qualidade.

Segundo Dias e Queirós (2010), no estudo efetuado sobre “Integração e Continuidade de Cuidados”, na continuidade de cuidados estão envolvidos diversos profissionais e/ou instituições e “ (...) a coordenação de cuidados pode ser da responsabilidade do profissional de saúde num contexto de equipas multidisciplinares”.

A existência, a inadequação e o desconhecimento por parte dos profissionais e cuidadores sobre respostas de cuidados de saúde após a alta hospitalar, potencia problemas futuros e compromete a continuidade de cuidados, nomeadamente a sobreposição de competências que levam à duplicação de esforços e consumo desnecessário de recursos (Dias; Queirós, 2010).

Relativamente aos fatores facilitadores da atividade do enfermeiro de ligação (tabela 59)

Tabela 59 - Distribuição dos fatores facilitadores da atividade de ligação

Fatores facilitadores	Nº	%
Sem resposta	25	36,23
Condições de independência para tomar decisões	7	10,14
Conhecimentos/formação	10	14,49
Exercer funções de gestão	4	5,80
Comunicação com o doente/equipa interna e externa	7	10,14
Experiência	6	8,70
Condições intrínsecas dos doentes	2	2,90
Métodos de trabalho	8	11,59
Total	69	100,00

Da análise dos fatores referidos como facilitadores para o trabalho de enfermeiros de ligação verificamos que 36,23% não referiram, contudo 14,49% referem ser fatores facilitadores o conhecimento/formação, seguindo-se o método de trabalho (11,59%) e com igual representação (10,14%) as condições de independência para tomar decisões e a comunicação com o doente / equipa interna e externa.

Quando questionados sobre os fatores dificultadores (tabela 60), verificamos que,

Tabela 60 - Distribuição dos fatores dificultadores à atividade de enfermeiro de ligação

Fatores dificultadores	Nº	%
Sem resposta	27	39,1
Grau de colaboração dos familiares/doentes e problemas sociais	7	10,1
Falta de efetividade do processo de continuidade	19	27,5
Falta de envolvimento/reconhecimento da gestão de topo	9	13,0
Falta de normalização do processo de alta	7	10,1
Total	69	100

Um terço da amostra (39,1%) não expressou a sua opinião. Dos restantes, podemos analisar as respostas, agrupando nos seguintes domínios: Falta de efetividade do processo de continuidade (27,5%), isto é condições que contribuem para que em tempo útil e em quantidade adequada se realize o processo de continuidade, dentro das normas pré estabelecidas e com os registos adequados para a sua realização. É ainda de salientar que (13,0%) aponta a falta de envolvimento/reconhecimento da gestão de topo sobre a atividade de ligação como fator dificultador. Surge com igual representação (10,1%) fatores ligados aos familiares e doentes, bem como a ausência de normalização de processos.

#### 4.6 - Condições para garantir a ligação na continuidade

As práticas de coordenação de cuidados e os critérios de referenciação dos clientes ao longo de todo o processo de prestação de cuidados, nomeadamente a continuidade de cuidados após a alta do hospital é assegurada essencialmente pelos enfermeiros, integrados em equipas multidisciplinares.

Os enfermeiros de ligação colaboram na aproximação dos serviços e no fluxo de informação, prestam cuidados diferenciados porque possuem conhecimentos técnicos e responsabilidade para intervir e dar resposta a todas as necessidades de saúde do cliente antecipando-se com na prevenção de complicações, planeando ações específicas durante o internamento e a continuidade de cuidados após a alta.

Quando questionados sobre as competências para atuar como enfermeiro de ligação (tabela 61) verificamos que:

Tabela 61 - Distribuição das competências essenciais para atuar como enfermeira de ligação

Competências para enfermeiros de ligação	Nº	%
Sem resposta	26	37,7
Competências funcionais (psico-motoras; capacidades aplicadas)	19	27,5
Competências cognitivas (conhecimento e compreensão)	13	18,8
Competências sociais (atitudes e comportamentos)	9	13,0
Meta competências (aprender a aprender)	2	2,9
Total	69	100

Dos resultados obtidos, 37,7% não responderam e dos que responderam, 27,5% se enquadram nas competências funcionais, 18,8% nas competências cognitivas e 13,0% nas sociais, surge ainda uma pequena reapresentação das metas competências.

Depois das competências procuramos saber como consideram poder adquiri-las para o desenvolvimento efetivo do trabalho dos enfermeiros de ligação (tabela 62).

Tabela 62 - Distribuição das propostas para o desenvolvimento de competências para atuar como enfermeiro de ligação

Propostas para o desenvolvimento de competências	Nº	%
Sem resposta	28	40,6
Formação continua	28	40,6
Formação académica	2	2,9
Experiência profissional	7	10,1
Trabalho em equipa	1	1,4
Motivação para a atividade	3	4,3
Total	69	100,00

Embora 40,6% dos enfermeiros não respondesse, igual número (40,6%) apontam a formação continua como meio de adquirir competências, seguido dos que dizem que pela própria experiência profissional (10,1%).

Procuramos ainda saber se existiam outras atividades que não foram questionadas. Surgiram vinte e uma respostas que depois de analisadas, podemos agrupar em cinco domínios (tabela 63).

Tabela 63 - Distribuição de outras atividades desenvolvidas e que não foram questionadas

Outras atividades	N °	%
Sem resposta	48	69,6
Melhoria do processo interno das instituições	5	7,3
Melhoria do processo interinstitucional	8	11,6
Termo a utilizar para definir o Enfermeiro Elo de ligação	4	5,8
Legislação sobre prestação de cuidados	2	2,9
Sensibilização do processo custo/benefício do processo de continuidade	2	2,9
Total	69	100

Embora a maioria não tenha respondido, a melhoria do processo interinstitucional foi a que se apresentou com maior incidência (11,6%).

Em síntese podemos afirmar que a nossa amostra é representativa da população atendendo a que todos os elementos da população tiveram oportunidade de fazer parte da amostra.

O distrito com mais representatividade é o distrito do Porto, sendo porém o distrito que apresenta maior número de instituições hospitalares estudadas.

Os enfermeiros que se identificaram como *enfermeiros de ligação* no processo de preparação de alta foram os enfermeiros gestores de serviço e os enfermeiros de referência.

A continuidade de cuidados é solicitada maioritariamente pelo enfermeiro. Na equipa multidisciplinar, a pareceria de cuidados, médico, enfermeiro e assistente social, são os responsáveis pelo maior número de solicitações para continuidade de cuidados após a alta.

A maioria dos enfermeiros refere que realiza o plano de alta a todos os doentes. Referem ainda que avaliam o risco de reinternamento mas que não concretizam nenhum registo.

Como melhoria continua face à continuidade de cuidados, os enfermeiros relevam o cumprimento da Norma de Planeamento de Alta do SNS, a implementação do método de trabalho enfermeiro de referência, a interoperabilidade dos SI entre os diferentes níveis de cuidados e a uniformização dos procedimentos de alta.

Os enfermeiros do nosso estudo revelam constrangimentos quanto à sua atuação como elos de ligação, na medida em que os enfermeiros de referência preparam a alta mas o enfermeiro gestor faz a ligação com as equipas e unidades de destino.

## **5 - DA CONTINUIDADE IDENTIFICADA À CONCEÇÃO DOS ELOS DE LIGAÇÃO**

Terminada a apresentação dos resultados, passamos à discussão, refletindo e comparando com estudos efetuados dentro desta temática.

A atividade de referenciação para continuidade de cuidados é uma atividade complexa que exige conhecimentos e características especiais sendo de esperar que os enfermeiros que a exercem sejam dotados de particularidades. Sendo os enfermeiros especialistas, detentores de conhecimentos e capacidades adquiridas na especialidade de enfermagem, a nossa amostra, constituída por 58,8% de enfermeiros especialistas, poderá representar a referidas características. Contudo esta representação não está alinhada pela percentagem de enfermeiros especialistas face ao total de enfermeiros portugueses. Em Portugal há 69 682 enfermeiros sendo que 22,5% são enfermeiros especialistas (OE 2016). Estes dados levam-nos a concluir que a representação de especialistas no nosso estudo é dominante. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), referem que do total de enfermeiros, 85,9%, exerciam atividade em hospitais públicos e desses enfermeiros, 15,3% eram especialistas. A especialidade predominante era de Enfermagem Médico-cirúrgica com 19,4% seguida da especialidade em enfermagem de Reabilitação com 15,6%.

A amostra é composta maioritariamente por Enfermeiras (71%) representação ligeiramente diferente da população em geral do país onde a representação é de 81,8%, OE (2016).

Identificou-se que a idade média dos participantes é de 43,96 anos e o grupo etário mais representativo a nível nacional segundo a OE (2016) situa-se entre os 31 e os 35 anos. No nosso estudo a faixa etária dos enfermeiros tem idades superiores à média nacional o que pode significar que os enfermeiros que exercem funções de ligação na continuidade de cuidados são enfermeiros com mais anos de experiência profissional.

A análise do parâmetro continuidade de cuidados demonstra que esta tem início por solicitação de médicos e enfermeiros, representando 71,6% da nossa amostra. Estes valores corroboram com as indicações regulamentadas no Artigo 20º da portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro. Ainda na opinião dos autores Dias e Queirós (2010) e Lopes, et al. (2014), referidos neste trabalho, parece ser consensual que a continuidade de cuidados é um indicador de qualidade e que num futuro muito próximo será considerado indicador de saúde. Ainda (Lopes et al. 2010) refere que a integração de cuidados sequenciais, centrados e direcionados para o doente é uma das prioridades em saúde. Confirma-se assim que a prioridade na solicitação da continuidade de cuidados é percebida e iniciada com representatividade pelos médicos e enfermeiros.

Decreto-Lei nº 18/2017 Artigo 5º e) diz-nos que “*Princípios específicos na prestação de cuidados de saúde*”, entre outros, visam a “*A promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde hospitalares com as redes de prestação de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados*”.

O processo de continuidade centra-se em grande parte na área da gestão e o nosso estudo revela que 42% dos enfermeiros são da gestão ou estão na gestão e nos cuidados. A gestão de cuidados e serviços de enfermagem é referida em vários estudos atuais, já mencionados ao longo deste trabalho (Petronilho 2007), (Dias; Queirós, 2010), (Lopes, 2010), (RNCCI, 2016-2019), que os enfermeiros têm um papel fundamental na coordenação de cuidados nomeadamente na ligação entre os diferentes níveis de cuidados, entre instituições e entre profissionais. O seu perfil de cuidados centrados no doente e família dá prioridade à minimização de barreiras administrativas e outras que dificultam as transições entre os níveis de cuidados. Os enfermeiros gestores estão presentes e envolvidos nos projetos de inovação e novos modelos de prestação de cuidados, liderando equipas como se pode verificar nas EGA a nível nacional em que a coordenação é efetuada pelo enfermeiro e a articulação na preparação da alta e transição de cuidados, centra-se nas equipas de enfermagem nomeadamente o enfermeiro gestor e o enfermeiro especialista de reabilitação enquanto elementos das equipas operacionais ou equipas clínicas dos serviços.

Quanto ao horário de trabalho em equipas multidisciplinares, nomeadamente a gestão e a coordenação de serviços, implica que a continuidade de cuidados seja assegurada mediante métodos de trabalho como o horário fixo. A maior representatividade da nossa amostra (78,5%) revela que os enfermeiros que asseguram a continuidade de cuidados trabalham em horário fixo. Lopes (2010) diz-nos que as diferentes equipas multidisciplinares têm que trabalhar coordenadas e sintonizadas para facilitar a tomada de decisão e garantir a equidade no acesso à continuidade de cuidados, quer na RNCCI quer para outro nível de cuidados, o horário fixo permite o acompanhamento diário e a interação multidisciplinar e interinstitucional.

Na articulação intrainstitucional para a continuidade de cuidados, o formulário específico em papel é o meio de comunicação mais utilizado pelos enfermeiros para solicitar a continuidade (72,5%). O mesmo meio de comunicação é utilizado entre os enfermeiros de ligação, nas funções de ligação, na continuidade de cuidados por 75,0% dos enfermeiros. De igual modo, o meio de comunicação mais utilizado pelo enfermeiro de ligação e os demais profissionais, é igualmente o papel 59,5%. Ou seja, uma grande percentagem da nossa amostra ainda não utiliza meios de comunicação mais atuais. O PNS (1011-2016) faz referência à necessidade de desburocratizar os processos de continuidade. Da mesma opinião é Lopes (2010), quando nos refere no seu trabalho sobre “*Cuidados continuados em Portugal - Analisando o presente, perspetivando o futuro*”, que a interoperabilidade entre sistemas de saúde é inevitável e urgente, porque vai facilitar a comunicação, evitar o erro e essencialmente usufruir dos sistemas de informação.

Relativamente ao exame físico ao doente no momento da admissão como sendo a base a do desenvolvimento de um plano de cuidados, referida por Petronilho (2007), ERS (2016) por ser capaz de fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no planeamento de cuidados de enfermagem durante o internamento e na preparação da alta. O exame físico permite então, identificar as alterações da capacidade funcional, alterações respiratórias, compromisso na atividade motora e ainda outras que interferem diretamente na capacitação do doente para recuperar o estado ou autonomia prévia como nutrição hidratação, acuidade visual e auditiva. Estes itens fazem parte dos parâmetros da avaliação inicial, efetuada nas primeiras 48h de internamento pelos enfermeiros (63,8%) e constam do processo de enfermagem no SCLínico.

Petronilho (2007) refere que a avaliação física do doente no momento da admissão deve ser incluía a avaliação do estado geral. A avaliação física do doente, assim como a entrevista durante a proposta para a RNCCI, são efetuadas pela EGA exaustivamente e preenchidas várias escalas de avaliação nomeadamente a Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), utilizada em doentes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e a Classificação da Funcionalidade do Idoso (CFI) em doentes com idades superiores a 65 anos. Esta avaliação é repetida ao longo de todo o percurso do doente na RNCCI, no entanto não existem estudos publicados porque a sua aplicação é ainda muito recente.

Os familiares, pilares importantes na continuidade de cuidados quer a jusante, quer a montante do internamento hospitalar, são referidos significativamente por 61,2% dos enfermeiros que afirmam que contactam com familiares para participar na avaliação inicial. Autores já referidos neste trabalho abordam a importância do envolvimento dos familiares no plano de cuidados. Petronilho (2007) ressalva que o envolvimento dos familiares no processo de cuidados é um aspeto fundamental para a continuidade de cuidados. Dias e Queirós (2010) no estudo sobre *Integração e Continuidade de Cuidados* fala da importância do envolvimento, da literacia e do empoderamento da família.

O problema dos reinternamentos não é abordado consensualmente pelos diferentes profissionais. Enquanto os enfermeiros se empenham na continuidade de cuidados, capacitando a família para cuidar do doente após a alta, ou o seu encaminhamento para os CCI, outras classes profissionais centram-se em indicadores como os Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH) que se centram na doença e não no doente, (Dias e Queirós, 2010). Esta disparidade de métodos de trabalho e de indicadores específicos para cada classe profissional e não para as equipas multidisciplinares, não valoriza os cuidados centrados no doente e família nem na continuidade. Os nossos resultados parecem ir ao encontro da opinião dos referidos autores, como podemos verificar nos resultados da nossa amostra em que 88,1% não utiliza qualquer instrumento para avaliar o risco de reinternamento e ainda quando se verifica o risco de reinternamento, 86,8% não o regista de forma sistemática limitando-se a efetuar registos pontuais em “notas gerais”.

A organização da continuidade de cuidados difere entre as instituições hospitalares estudadas. No entanto existe um elemento identificado como elo de ligação transversal a todas as instituições, os enfermeiros coordenadores da EGA. As EGA criadas a partir de 2006, na sequência da criação da RNCCI em todos os hospitais públicos (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho), passaram a assegurar “ (...) *a continuidade de cuidados do doente internado com necessidade de cuidados continuados com os serviços, os próprios doentes e seus familiares cuidadores para outro nível de cuidados e serviços*”, é uma equipa hospitalar multidisciplinar que articula internamente com as equipas operacionais, também designadas por equipas clínicas dos serviços de internamento, constituídas pelo médico, normalmente o diretor de serviço, um enfermeiro, desempenhado pelo chefe de serviço que por vezes delega a função no enfermeiro de referência ou enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação do serviço e um técnico do serviço social que dá apoio ao serviço de internamento. Estas equipas emergiram da necessidade de se efetuar a ligação entre os serviços de internamento e as EGA dentro do hospital. Por sua vez, a EGA assegura a articulação intrainstitucional. Os resultados do nosso estudo demonstram que a continuidade é assegurada, por 13% dos participantes que são enfermeiros coordenadores da EGA. Mas mais significativamente, os enfermeiros gestores de serviço e os enfermeiros de referência representados em igual número por 33,8% dos participantes afirmam que asseguram a continuidade nos serviços. Dos resultados obtidos podemos concluir que a continuidade é assegurada no serviço pelos enfermeiros gestores, enfermeiros de referência e ainda a referir os enfermeiros prestadores de cuidados representados por 19,1%, não havendo uniformidade no profissional que desempenha o papel no processo de continuidade, o conjunto dos enfermeiros do serviço, intervém no processo de continuidade de cuidados.

O planeamento das atividades que asseguram a continuidade de cuidados englobam intervenções de saúde e de apoio social, sequenciais no tempo e nos sistemas de saúde (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019). Os recursos externos são recursos requeridos e necessários para a continuidade de cuidados em contexto não hospitalar. Estes recursos são do conhecimento de 87% dos participantes do nosso estudo. No entanto 50,7% dos participantes identificam a necessidade dos referidos recursos através da recolha de informação pertinente no plano de cuidados no SClínico.

A EGA tem como objetivo “... *a preparação da alta, em articulação com os serviços assistenciais, dos utentes que requerem cuidados continuados integrados após o internamento hospitalar, referenciando-os proactivamente para a RNCCI...*” (Portaria nº343/2015). A maioria dos participantes (92,6%), expressão a existência de uma rede apoio das estruturas internas para a continuidade de cuidados. No entanto, o funcionamento da rede de apoio intra-hospitalar, não nos parece claro face à percentagem de enfermeiros que não respondeu (36,2%) e 46,4% identificam a EGA como a equipa de apoio intra-hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade de cuidados.



A RNCCI foi criada em 2006 e é definida como “... uma resposta em rede, constituída por unidade e quipás de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social e cuidados de ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. Organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local. Tem por tutela os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da saúde (Despacho n.º 1928/2015). A existência de uma rede extra-hospitalar é reconhecida por 81,2% dos participantes. No entanto os enfermeiros uma percentagem significativa (43,55), desconhece como funciona. Este facto vai ao encontro da opinião de Lopes et al. (2010), ao referir que a nível operacional da RNCCI, os profissionais não estão neste nível de cuidados por não terem sido formados na filosofia da multidisciplinaridade e da multiprofissionalidade “...afetando a capacidade de gerir a interface com os restantes níveis de cuidados”.

Ainda neste seguimento, 60,9% dos participantes reconhecem que os profissionais que vão receber o cliente após a alta não têm conhecimento prévio o que dificulta o planeamento das atividades em tempo oportuno.

Dados nacionais da monitorização da RNCCI, 1º semestre de 2017, dizem-nos que 65,5% dos utentes foram referenciados pelos hospitais. Contudo, apenas 20,3% dos participantes do nosso estudo referem que referenciam os doentes com necessidade de continuidade de cuidados após a alta na RNCCI. A referir que uma grade percentagem de enfermeiros (68,1%) valoriza a referência para todas as possibilidades de continuidade de cuidados após a alta.

A RNCCI veio despoletar necessidades ocultas e procura reprimidas. Atualmente tem uma abrangência nacional e é coordenada a nível central. No entanto é dotada de flexibilidade que lhe confere coordenação descentralizada a nível regional. A RNCCI é uma rede de cuidado extra-hospitalar é reconhecida por 81,2% dos participantes. No entanto ainda há alguns constrangimentos na comunicação intrainstitucional nomeadamente no doente que tem alta para os CSP.

O Plano Nacional de saúde - extensão 2020, refere que a alta deve iniciar-se desde a admissão do doente no hospital ou pelo menos até quatro dias antes da alta (Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro). Os participantes (93,6%) dizem que a realizam nas primeiras 48 horas imediatamente após a admissão, sendo que este procedimento é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem os enfermeiros da nossa amostra percecionam a preparação atempada da alta. De igual modo a alta é uma atividade multidisciplinar, referida por Lopes et al. (2010) e Dias e Queirós (2010) corroborada pelo nosso estudo, em que 95,6% dos participantes confirma o envolvimento de outros profissionais no plano de alta indo ao encontro do cumprimento da Norma Nacional de Preparação de Alta em vigor desde 2013. Dentro das equipas multidisciplinares, as assistentes sociais representadas com

84,1% e os coordenadores da EGA com 79,7% são os profissionais mais envolvidos no planeamento de alta, reconhecidos pelos participantes.

A revisão do PNS 2016-2019 refere a criação de um profissional que siga todo o percurso do doente, que efetue a ligação e que coordene os cuidados de maneira a não haver erros nem sobreposição de cuidados. A alta deve ser planeada e alguém deve coordenar este processo, mas neste estudo, apenas 57,4% diz existir um profissional para coordenar alta o que ainda não está de acordo com as indicações do PNS.

Os profissionais mais reconhecidos no estudo como coordenadores do plano de alta, são os enfermeiros coordenadores da EGA (96,6%). Estes profissionais integram as EGA em todos os hospitais públicos do SNS e têm um papel bem definido com um percurso de evolução de 12 anos.

O envolvimento da família é reconhecido por 94% dos participantes. Petronilho (2007) afirma que *“O envolvimento e apoio à família no processo de cuidados por parte da equipa multidisciplinar assume-se como um aspeto fundamental para a continuidade de cuidados”*. No entanto 86,8% dos participantes afirma que o faz no dia da alta. Estes dados contradizem os autores abordados neste trabalho (Driscoll 2000) e (Meijer, et al., 2005) que nos dizem que a preparação da informação a fornecer ao doente e cuidador ao longo do internamento, até ao momento da alta são fundamentais para a continuidade e qualidade de cuidados.

O planeamento de alta *“é um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”* DGS (2004). Outro autor, Hesbeen (2000) afirma que o planeamento da alta é um processo que decorre desde o início do internamento até à alta efetiva. Uma grande percentagem dos participantes do estudo, (92,6%), diz que entrega este plano ao doente no momento da alta hospitalar, pressupondo-se que cumpre as indicações do planeamento de alta, nomeadamente as do PNS.

Os participantes utilizam critérios para identificar problemas na alta (56,5%), estes critérios, definidos e utilizados na referenciação de doentes na RNCCI são partilhados pelos participantes do nosso estudo, sendo os mais apontados pelos participantes foram por ordem de referência - viver sozinhos (97,1%), Doentes dependentes no autocuidado (94,2%), indigentes e úlceras de pressão (88,4%). Ainda de referir que a patologia mais apontada é o AVC (73,1%), como a que nas primeiras 48h leva o enfermeiro a identificar problemas com a alta. Também este critério é utilizado nas propostas de referenciação de doentes para a RNCCI. Podemos depreender que os critérios utilizados pelos participantes nas propostas de continuidade de cuidados após a alta, são idênticos aos utilizados nas propostas de referenciação para a RNCCI.

O e-mail é uma ferramenta com grande impacto no desenvolvimento das respostas de saúde. No nosso estudo, 75,4% dos profissionais usa esta ferramenta para contactar com outros profissionais. Lopes et al. (2010), nos estudos efetuado no âmbito da continuidade de cuidados, faz referência à falta de interoperabilidade do SIS e mesmo o desaproveitamento dos meios já existentes como meios para diminuir as assimetrias de informação.

Embora com alguma organização esta atividade exige ainda uma melhor organização por parte dos profissionais. Segundo os participantes, 98,4% referem que os profissionais que recebem o doente após a alta só tomam conhecimento, um dia antes da alta.

Não há ainda o reconhecimento de indicadores que avaliem o processo de transição do doente segundo 73,9% dos participantes. Lopes et al. (2010) fazem referência a esta problemática, sugerindo os referidos indicadores. Referem ainda que alguns estudos poderiam ser direcionados para esta problemática, necessitando apenas de operacionalização.

Sobre os indicadores que avaliam o processo de transição a independência no autocuidado é referida por 68,1% dos participantes e 22,73, gestão do risco e sendo que a atividade de ensino uma componente que ocupa muito do trabalho da enfermagem quando pretende garantir a continuidade de cuidados, apenas 9,09% aponta esta atividade como possível indicador.

Os enfermeiros estão nos serviços de saúde como profissionais disponíveis para que as organizações atinjam os seus objetivos e a satisfação dos clientes, basta salientar que 86,8% dos participantes no nosso estudo dizem que o cliente pode entrar em contacto com o enfermeiro responsável pela alta.

O contacto mais comum admitido pelos enfermeiros é o telefone (91,5%). Autores estudados (Dias e Queirós, 2010), que os utilizadores do SNS, não estão a tirar partido das tecnologias de cominação em saúde, como o e-mail e a interoperabilidade já existente dentro dos SIS.

Considera-se que um reinternamento de um doente ocorre quando o doente regressa ao hospital após a alta clínica dentro de determinado período de tempo. Estes dados são avaliados pelos GDH, não havendo qualquer monitorização pelos enfermeiros. Sendo que os reinternamentos trazem algum agravamento acrescentando outras necessidades, 97,1% dos enfermeiros dizem não serem informados sobre esse acontecimento e 81,8% também dizem que não se fazem ações preventivas.

Os participantes dividem-se sobre o momento em que se deveriam fazer alguma intervenção sobre o reinternamento. Os participantes do nosso estudo (42,9%) dizem que o fazem na admissão e 57,1 nas primeiras 24 horas. Estes dados estão conforme as indicações do PNS (2016-2019)

Os participantes (94,2%), não foram capazes de dizer que ações a realizar entre a alta e o reinternamento, contudo (85,3%) da informação aos familiares sobre o reinternamento.

Quando questionados sobre factos facilitadores da atividade de ligação (36,23%) não referiram nenhum e o mais referido foi Conhecimentos/formação com 14,49%, dos participantes, sendo que autores dizem os profissionais carecem de formação no âmbito da continuidade dos cuidados Lopes et al. (2010).

Autores tais como, Dias e Queirós (2010) e Lopes et al. (2010) apontam como fatores dificultadores da atividade de continuidade de cuidados, a falta de resposta na comunidade, as dificuldades do cuidador principal e a falta de operacionalização de projetos na área da continuidade de cuidados, embora já existam alguns no nosso país. Os participantes da nossa amostra vão ao encontro destes fatores, apontando a falta de efetividade no processo de continuidade (27,54%) como fator dificultador, embora 39,13% dos participantes não se tenham pronunciado sobre esta questão.

Torne-se necessário condições específicas para garantir a continuidade de cuidados. Neste sentido, Petronilho (2007), Dias e Queirós (2010) e Lopes et al. (2010) referem a importância de formação específica nesta área para desenvolver a qualidade e a continuidade de cuidados. Os participantes do estudo (27,54%) referem que são necessárias competências funcionais e apontam como meio para aquisição destas mesmas competências, a formação continua nesta área (40,6%).

Das atividades desenvolvidas na continuidade de cuidados e que não estavam descritas no questionário, 69,57% dos participantes não apontam nenhuma sugestão, sendo que 11,6% sugeriu a melhoria interinstitucional, como atividade promotora da continuidade.

## **6- CONCLUSÃO**

A Alta hospitalar determina um momento significativo para as pessoas pois trata-se de uma transição que muitas vezes é problemática.

Os enfermeiros reconhecem frequentemente que necessitam de intervenções específicas pelo que se torna um foco do seu trabalho no internamento hospitalar.

A complexidade do problema da transição para uma situação de alguma dependência ou dificuldade para fazer face à doença e às suas sequelas determinou que em Portugal se criasse uma Rede de continuidade de cuidados. Mediante a necessidade de gerir os processos internos dos hospitais para garantir a eficiência na continuidade de cuidados para a Rede, foram criadas as equipas de Gestão de Altas.

Procuramos compreender a partir da opinião de 69 enfermeiros (as) de 14 Instituições de Saúde a forma como está organizada a continuidade de cuidados e o planeamento de alta e podemos afirmar que não é igual em todas as instituições sendo que algumas existe um sistema centrado na EGA e numa enfermeira por serviço para desenvolver esta atividade e outra entre a EGA e os enfermeiros responsáveis pelos doentes nos serviços.

Da análise sobre as atividades desenvolvidas para a continuidade, identificamos com grande representação o planeamento de alta iniciado até 48h depois da admissão, uso do SClínico para garantir o processo, o uso de um formulário específico.

Confirmamos o uso de recursos tais como o correio eletrónico e o telefone para garantir o processo de continuidade, mas também o uso de formulário de papel na maioria das situações.

Ficou evidente que quem mais solícita a continuidade de cuidados são os médicos e os enfermeiros de entre todos os profissionais da equipa, mas também que as assistentes sociais são envolvidas com grande representação neste processo.

Verificamos ainda que quando se fala de continuidade de cuidados e planeamento de alta os participantes referem-se ao trabalho de ligação entre os hospitais e as unidades de cuidados continuados da RNCCI, e ainda que este trabalho está em consonância com as boas práticas atuais pois as EGA são as estruturas internas referidas como as que fazem o encaminhamento dos doentes entre o hospital e a RNCCI, levando-nos a deixar em aberto como se faz a continuidade de cuidados nos clientes que regressam ao seu domicílio?

O SClínico é referido não só pelo seu uso no processo, mas também como fonte de informação para o reconhecimento das respostas externas para a continuidade de cuidados.

A problemática sobre o reinternamento foi identificada como uma área pouco trabalhada e organizada e pouco valorizada pelos participantes, considerando que mais de (90%) não expressaram ações a realizar entre a alta e o reinternamento do doente, valida-se ainda que geralmente não há dispositivos de alerta nem processos para alertar os reinternamentos no momento da nova admissão.

Verificamos que os enfermeiros são profissionais envolvidos no seu trabalho, pois mais de 86% dá possibilidade ao doente de o contactar diretamente e 91% diz que telefone é o meio usado para este fim.

Sobre a admissão no momento da avaliação inicial, verificamos que os enfermeiros podem melhorar os seus procedimentos pois o exame físico é usado por pouco mais de metade da amostra, assim como a entrevista, sendo estas atividades fundamentais em qualquer tipo de doente ou situação no momento da admissão.

A família é valorizada no processo de admissão mas também em pouco mais de metade (61%) dos participantes.

Sobre o perfil dos participantes podemos afirmar que deste estudo fizeram parte enfermeiras, casadas, licenciadas, detentoras de uma especialidade, a exercer funções de gestão ou associando a gestão aos cuidados e desenvolvendo as suas atividades, em horário fixo, reconhecendo que nos serviços há enfermeiro de ligação.

Os participantes reconhecem que um facto facilitador para a atividade de ligação são os conhecimentos que possuem e a formação que desenvolvem, por outro lado apontam como fator dificultador a falta de efetividade no processo pois a resposta algumas vezes torna-se demorada face às necessidades. Acrescenta-se ainda que a proposta para o desenvolvimento de competências para atuar nesta área é a formação.

Em síntese iniciamos por questionar se está garantido a todos os clientes a continuidade assistencial com o desenvolvimento do processo de planeamento de alta, considerando as diferentes respostas para a continuidade de cuidados, podendo agora afirmar que sim quando se trata de transitar de uma unidade hospitalar para uma unidade da RNCCI, mas carece de mais investigação. Os casos que não fazem continuidade para a rede o que pode ser uma sugestão para novos estudos.

Identificamos uma fonte de investimento no processo centrado na EGA mas não comprovamos sobre os processos dos clientes que não são encaminhados para esta estrutura e também depois de prosseguir para esta estrutura, o que pode também constituir-se como uma outra investigação.

Podemos agora sugerir que outros estudos se façam para compreender melhor o processo de continuidade dos clientes que tem alta para o seu domicílio bem como os que são reinternados e ainda a continuidade que se realiza dentro das próprias organizações como

seja da urgência para o internamento ou deste para o bloco operatório e o inverso, ou mesmo a continuidade nas 24 horas sobre 24 horas de internamento.

Embora fique também comprovado muitos dos participantes são da área da gestão, mas é de sugerir um estudo sobre a diferenciação das atividades realizadas em torno deste problema pelos enfermeiros prestadores de cuidados e pelos enfermeiros gestores.

Face aos resultados ficamos com contributos para que as instituições envolvidas façam uma reflexão sobre os seus processos de continuidade.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL SERVIÇOS DE SAÚDE. *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS - Contrato-Programa* [Em linha]. 2016. [Consult. dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia\\_VF.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Contratualizacao-HH-ULS-Termos-Referencia_VF.pdf)

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL SERVIÇOS DE SAÚDE. “Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018” [Em linha]. 2017 [Consult. janeiro 2018]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf)

ABREU, W. *Transições em contextos multiculturais*. Coimbra: Formasau, 2011. ISBN 978-989-826-913-3

ALMEIDA et al. Desafios à coordenação de cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. [Em linha]. 2010, vol. 26, nº 2, pp. 286-298. [Consult. janeiro 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>

ALMEIDA, P; Giovanella, L; Numam, B. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro. [Em linha]. 2012, vol. 36, nº 94, pp. 375-391. [Consult. janeiro 2016] Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/375-391/pt>

ALI-PIRANI, S. S. Prevention of Delay in the Patient Discharge Process - An emphasis on nurses role. *Journal for Nurses in Staff Development* [Em linha]. 2010, vol. 26, nº 4, pp. E1-E5. [Consult. janeiro 2016] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683293>

APEGEL. *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão* [Em linha]. 2010. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>

BACKES, D. S., FILHO LUNARDI, W. D., LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista Escola de Enfermagem USP* [Em linha]. 2006, vol. 40, nº 2, pp. 221-227. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200010>.ISSN](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200010>.ISSN)

BELLATO, R., PASTI, M. J., TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Revista latino-americana de Enfermagem* [Em linha]. 1997, vol. 5, nº 1, pp. 75-81. [Consult. outubro 2016]. Disponível em: [www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1223/1243](http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1223/1243)

BRITO, P. Humanização, o outro nome da qualidade. In *Livro Branco da Humanização*. Porto: Hospital de S. João, 2008.

BERNARDINO, E., et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. 2010, vol. 63, nº 3, pp. 459-463. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000300018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000300018&script=sci_abstract&tlng=pt)

BISCAIA, A. R. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar* [Em linha]. 2006, vol. 22, nº 1, pp. 67-79. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10211/9947>

CARRONDO, C. Do modelo de bismark ao beveridge: o modelo de saúde português. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde* [Em linha]. 2014, nº 13, pp. 14-16. [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2014/07/rpgs013.pdf>

CHIAVENATO, I. *Administração nos novos tempos*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus Ltda, 2000. ISBN 85-352-0428-8

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde* [Em linha]. 1986. [Consult. dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)

COSTA, J. P. A Reforma OBAMA e o sistema de saúde dos EUA. *Arquivos de Medicina*. [Em linha]. 2013, vol. 27, nº 4, pp. 158-167. [Consult. novembro 2016]. Disponível em: <https://www.google.pt/search?q=A+REFORMA+OBAMA+E+O+SISTEMA+DE+SA%C3%9ADE+DOS+EUA&toq=A+REFORMA+OBAMA+E+O+SISTEMA+DE+SA%C3%9ADE+DOS+EUA&aqs=chrome..69i57.3036j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

COSTA, J. S. *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos [Em linha]. sd. [Consult. novembro 2016]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

CRISP et al. *Um futuro para a saúde - Todos temos um papel a desempenhar*. [Em linha]. 2014. [Consult. novembro 2016]. Disponível em: [https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS\\_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf](https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf)

DECRETO-LEI Nº 104/1998. *D.R. I Série A. Nº 93* (21-04-1998), pp.1739-175. [Consult. junho 2016]. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/imagContinues/0/0e/DL\\_104-98.pdf](http://portalcodgdh.min-saude.pt/imagContinues/0/0e/DL_104-98.pdf)

DECRETO-LEI Nº101/2006. *D.R. I Série A. Nº 109* (06-06-2006), pp. 3856-3865. [Consult. junho 2016] disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>

DECRETO-LEI Nº 18/2017. *D.R. I Série. Nº 30* (10-02-2017), pp. 694-720. [Consult. junho 2017]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/106431320>

DELOITTE. *Saúde em análise - Uma visão para o futuro*. [Em linha]. 2011. [Consult. junho 2016]. Disponível em: [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DELVA, D., KERR, J., SHULTZ, K. Continuity of care: Differing conceptions and values. *Canadian Family Physician* [Em linha]. 2011, vol. 58, nº 2, pp. 178-185. [Consult. dezembro de 2016]. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/58/2/178.short>

DESPACHO N.º 2784/2013. *D.R. 2ª Serie. Nº 36* (20-02-2013), pp. 6908-6909. [Consult. junho 2016]. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2013/02/036000000/0690806909.pdf>

DESPACHO Nº 201/2016. *D.R. 2ª Serie. Nº4* (07-01-2016), pp. 571-573. [Consult. junho 2016] disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/73042219>

DIAS, A., QUEIRÓS, A. *Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Integração e Continuidade de Cuidados* [Em linha]. 2010. [Consult. junho 2016]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/07/ICC3.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Norma nº1/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* [Em linha]. 2017. [Consult. maio de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010* [Em linha]. 2004. [Consult. maio de 2016]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 - Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde* [Em linha]. 2012. [Consult. maio de 2016]. Disponível em: <https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2015/10/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-DGS.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha]. 2013. [Consult. maio de 2016]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020* [Em linha]. 2015. [Consult. maio de 2016]. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

DRISCOLL, A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. 2000, vol. 35, nº 5, pp. 1165-1173. [Consult. dezembro de 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x/pdf>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Relatório de Atividades de 2014* [Em linha]. 2015. [Consult. janeiro 2016]. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/6070/Relat\\_rio\\_atividades\\_2014\\_ERS\\_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/6070/Relat_rio_atividades_2014_ERS_final.pdf)

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos* [Em linha]. 2015. [Consult. outubro 2016]. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1647/ERS\\_Estudo\\_Cuidados\\_Continuados\\_-\\_vers\\_o\\_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf)

ESCOVAL, A. M. *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização factores críticos do contexto português*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese de Doutoramento. [Consult. junho 2016] disponível em: [http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads\\_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf](http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf)

FORTIN, M. F. *Processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, M. F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 9789898075185.

GUERRA, N. *Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária* [Em linha]. 2017 [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1567-atribuicao-de-competencias-do-enfermeiro-gestor-e-prioritaria.html>

GOVERNO DE PORTUGAL. *Programa do XXI governo constitucional 2015-2019* [Em linha]. 2016. [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf>

GUERRA, N. Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. *Jornal Enfermeiro* [Em linha]. 20/02/2017. [Consult. abril 2017]. Disponível em: <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1567-atribuicao-de-competencias-do-enfermeiro-gestor-e-prioritaria.html>

HAGGERTY, J., et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [Em Linha]. 2003, vol. 327, nº 22, pp. 1219-1221 [Consult. setembro 2016]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219>

HAGER, J. S. *Effects of a discharge planning intervention on perceived readiness for discharge. Doctor of nursing practice systems change projects paper 2* [Em Linha]. Minnesota: St. Catherine University, 2010. [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: [http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=dnproj\\_projects](http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=dnproj_projects)

HESBEEN, W. *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-11-4.

HOFMARCHER, M., OXLEY, H., RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination: OECD Health Working Papers* [Em Linha]. Paris: OECD, 2007. [Consult. Junho 2017]. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf>

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICAS. *Estatísticas da saúde 2015* [Em linha]. [Consult. outubro 2017]. Disponível em: [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257779974&PUBLICACOESmodo=2](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257779974&PUBLICACOESmodo=2)

INESTEC. *Rationing - missed care: An international and multidimensional problem* [Em linha]. 2016. [Consult. 24 janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.inesctec.pt/cegi/noticias-eventos/noticias/inesc-tec-em-projeto-sobre-cuidados-de-enfermagem/?searchterm=enfermagem>

ITTU-IONESCU, R., et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* [Em Linha]. 2007, vol.177, nº11, pp. 1362-1369. [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072991/pdf/20071120s00017p1362.pdf>

KRISTENSEN, S. R., BECK, M., QUENTIN, W. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy*. [Em Linha]. 2015, Vol. 119, pp. 264-273. [Consult. março 2016]. Disponível em: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00343-1/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00343-1/pdf)

KRON, T., GRAY, A. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

LEI nº48/1990. D.R. I Série. Nº 195 (24-08-1990), pp.3452-3459 [Em Linha]. [Consult. maio 2016]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/574059>

LEI Nº 56/1979. D.R. I Série. Nº 214 (15-09-1979), pp. 2357-2363 [Em Linha]. [Consult. maio 2016]. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>

LOPES, H, et.al. *Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de propostas de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal continental* [Em linha]. 2014. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>

LOPES, M., et al. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados continuados integrados em Portugal - analisando o presente perspetivando o futuro* [Em linha]. 2010. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/ae-csc/>

LOPES, N. G. M. Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*. 1995, nº 6, pp. 34-39.

LIN, P. C., et al. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the poste-discharge transition period. *Journal of Nursing Research* [Em linha]. 2006, vol. 14, nº 4, pp. 251-259. [Consult. outubro 2016]. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17345754>

MACLEOD, A. The nursing role in preventing delay in patient discharge. *Nursing Standart*. 2006, vol. 21 nº 1, pp. 43-48.

MARQUIS, B. L., HUSTON, C. J. *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN: 9788536323299.

MARTINS, M., MONTEIRO, C., GONÇALVES, L. H. Vivências de familiares cuidadores em internamento hospitalar: o início da dependência do idoso. *Revista de Enfermagem UFPE* [Em linha]. 2016, vol. 10, nº 3, pp. 1109-1118 [Consult. setembro 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/11065-24432-1-PB.pdf>

MC-CUSKER, J., et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association* [Em linha]. 2012, vol. 184, nº 6, pp. E307-E316. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307.short>

MEIJER, R., et al. The stroke unit discharge, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. A prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation* [Em linha]. 2005, nº 19, pp. 770-778. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215505cr875oa>

MELEIS A. I. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* [Em linha]. 2010. [Consult. novembro 2016] Disponível em: [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

MELEIS, A. I., et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, vol. 23, nº 1, pp. 12-28.

MELEIS, A. I. *Theoretical nursing: development e progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. ISBN 978-85-7967-075-6.

MENDES, F., et al. - Continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciências e Saúde Coletiva* [Em linha]. 2017, vol.22 nº 3, pp. 841-853. [Consult. junho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232017002300841&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232017002300841&script=sci_abstract&tlng=p)  
[t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232017002300841&script=sci_abstract&tlng=p)

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. [Em linha]. sd. [Consult. junho de 2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

OLIVEIRA, I.,G., CHATALOV, R. C. S. *Estatística - Graduação Cesumar* [Em linha]. [Consult. dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.ead.cesumar.br/moodle2009/lib/ead/arquivosApostilas/6624.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos [Em linha]. 2001. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -Referencial do Enfermeiro* [Em linha]. 2009. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista* [Em linha]. 2010. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)



ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar* [Em linha]. 2012. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Deontologia Profissional de Enfermagem* [Em linha]. 2015. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto Da Ordem dos Enfermeiros e REPE* [Em linha]. 2015. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS [Em linha]. (2016), [Consult. outubro 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/paginas/default.asp>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Milestones in health promotion: Statements from Global Conferences* [Em linha]. Switzerland: OMS, 2009. [Consult. novembro de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1s>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Conceito de saúde segundo a OMS/WHO* [Em linha]. 2016. [Consult. dezembro de 2016]. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>

PASTOR-SÁNCHERZ, et al. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Revista Española de Salud Publica* [Em linha]. 1997, vol. 71, nº 5, pp. 479-485. [Consult. junho de 2016]. Disponível em: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL71/71\\_5\\_479.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_5_479.pdf)

PEARSON, A. *Primary nursing: Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units*. London: Crom Helm, 1988. ISBN 0709940661.

PEREIRA, A et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. [Em linha]. 2007. vol. 15, nº 1, pp. 40-45 [Consult. junho de 2016]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>

PEREIRA, F. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formação e Saúde, 2009. ISBN978-989-8269-06-5

PETRONILHO, F. A. *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7.



PHANEUF, M. *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN 972-8535-78-3.

PINHEIRO, M. F. R. Organizar a prestação de cuidados: uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*. 1994, vol. 42, nº 6, pp. 319-331.

POLIT, D., BECK, C., HUNGLER, B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

POLIT, D., BECK, C. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 9788536326535.

PORTARIA nº 132/2009. *D.R. Serie I*. Nº 24 (30-01-2009), pp.660-.758 [Consult. julho 2016]. Disponível, em: <https://dre.pt/application/file/a/601655>

PORTARIA nº147/2016. *D.R. Serie I*. Nº 97 (19-05-2016), pp.1616-1619. [Consult. julho 2016] Disponível em: [https://dre.pt/home/-/dre/74483693/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/home/-/dre/74483693/details/maximized?print_preview=print-preview)

PORTARIA nº 50/2017. *D.R. Serie I*. Nº 21 (02-02-2017), pp.608-6029. [Consult. junho 2017]. Disponível, em: <https://dre.pt/application/file/a/106390686>

REGULAMENTO Nº101/2015. *D.R. Serie II*. Nº 48 (10-03-2015), pp. 5948-5952. [Consult. julho 2016]. Disponível, em: [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66699805/details/maximized?serie=II&print\\_preview=printpreview&parte\\_filter=33&drelid=66693599](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66699805/details/maximized?serie=II&print_preview=printpreview&parte_filter=33&drelid=66693599)

RIBEIRO, J. A. M., et al. *Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança - relatório final do grupo Técnico para a reforma Hospitalar*, [Em linha]. 2011. [Consult. julho 2016]. Disponível, em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>

ROCHA, M., SOUSA, P., MARTINS, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investig Enferm. Imagen Desarr* [Em linha]. 2016, Vol. 18, nº 2, pp. 89-105. [Consult. setembro 2017] Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Paulino\\_Sousa/publication/305780319\\_A\\_opiniao\\_dos\\_enfermeiros\\_diretores\\_sobre\\_a\\_intervencao\\_do\\_enfermeiro\\_chefe/links/57a1a40e08ae5f8b2589a8b3/A-opiniao-dos-enfermeiros-diretores-sobre-a-intervencao-do-enfermeiro-chefe.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paulino_Sousa/publication/305780319_A_opiniao_dos_enfermeiros_diretores_sobre_a_intervencao_do_enfermeiro_chefe/links/57a1a40e08ae5f8b2589a8b3/A-opiniao-dos-enfermeiros-diretores-sobre-a-intervencao-do-enfermeiro-chefe.pdf)

ROLAND, M., et al. Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *British Medical Journal* [Em linha]. 2005, vol.330, nº 5, pp. 289-292. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/330/7486/289.full.pdf>

ROSA, B. S. S., et al. Impactos da gestão por competências no sistema de gestão de pessoas. In CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 10, 2014 [Em Linha]. Disponível em: [http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14\\_0248\\_5.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0248_5.pdf)

SAULTZ, John. Defining and measuring interpersonal continuity care. *Annals of Family Medicine* [Em Linha]. 2003, vol. 1, nº 3, pp. 134-143. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: [http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Evaluation\\_and\\_measurement/Saultz\\_2003\\_Defining\\_Measuring.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Evaluation_and_measurement/Saultz_2003_Defining_Measuring.pdf)

SAULTZ, J., LOCHNER, J. Interpersonal continuity of care and outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine* [Em Linha]. 2005, vol. 3, nº 2, pp. 159-166 [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://www.annfammed.org/content/3/2/159.full.pdf+html>

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019* [Em Linha]. 2016. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

SHEPPERD, S., et al. Discharge planning from hospital to home (Review). *The Cochrane Library* [Em Linha]. 2008, Ed. 3. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/epdf>

SILVA, E. L. *Metodologias da pesquisa e elaboração de dissertação*. Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. [Em Linha]. 2005, Ed 4. [Consult. março 2017]. Disponível em: [https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)>

SILVA, J. F. A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*. 2007, vol. 56, nº 2, pp. 67-77.

SOUSA, P in *Enfermagem avançada um guia para a prática*. [Em Linha]. 2016, Ed. SANAR. Cap 1, pp. 29-41 [Consult. setembro de 2017]. Disponível em: <https://53748h.ha.azioncdn.net/images/p/Enfermagem%20Avan%C3%A7ada%20-%20Trecho.pdf>

SOUSA, P., FRADE, M., MENDONÇA, D. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. *Acta Paulista Enfermagem* [Em Linha]. 2005, Vol. 18, nº 4, pp. 368-381. [Consult. setembro de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400005)

SOUSA, P. B., et al. Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década. *Acta Médica Portuguesa* [Em Linha]. 2013, vol. 26, nº 6, pp. 711-720. [Consult. setembro de 2016], Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/fdb3/b1177f9b53a253f5645088aa91ed95becca3.pdf>

SPAGNOL, C. A., et al. O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [Em Linha]. 2001, vol. 35, nº 2, pp. 122-129. [Consult. setembro de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S008062342001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S008062342001000200005&lng=en&nrm=iso)

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. [Consult. setembro de 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

TARRANT, C., et al. Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. *Annals of Family Medicine* [Em linha]. 2010, vol. 8 nº 5. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939420/pdf/0080440.pdf>

TAPPEN, R. *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. Loures: Lusodidacta, 2005. 4ª ed. ISBN 978-972-8930-00-4.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. - *Manual do prestador - Recomendações para a melhoria contínua* [Em Linha]. 2011. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735095/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5](http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735095/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5)

VIACAVA, F., et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciências. Saúde coletiva* [Em Linha]. 2004, vol. 9, nº 3, pp. 711-724. [Consult. setembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>

WESTERT, et al. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy* [Em Linha]. 2002, vol. 61, nº 3, pp. 269-278. [Consult. janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12098520>

WORRAL, G., KNIGHT, J. *Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization*. *Canadian Family Physician* [Em Linha]. 2011, vol. 57 nº 1, pp. 16-20. [Consult. setembro de 2016]. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/cfp/57/1/e16.full.pdf>

## **ANEXOS**

## Anexo I - Questionário

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

Caro/a Colega:

Sou Maria José Santos, aluna do curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O presente questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte à minha investigação sobre ***“Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais - Elos de ligação”***.

O questionário é composto por questões que nos auxiliarão a conhecer melhor os fatores que influenciam ***O planeamento de alta na garantia da qualidade assistencial***. A sua contribuição é de enorme importância para a realização deste estudo.

Agradeço antecipadamente que responda com sinceridade a todas as questões, sabendo que a sua resposta é de primordial importância para o estudo.

Salvaguado que não existem respostas certas ou erradas, e que pretendo que responda de acordo com o que sente ou pensa relativamente a cada questão, sendo importante responder a todas.

As informações são confidenciais e anónimas.

Muito obrigada pelo tempo dispensado e pela sua consideração.

Atenciosamente.

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

## **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**

### **1 - CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO**

#### **1.1 Distrito**

- ☐ Braga
- ☐ Bragança
- ☐ Porto
- ☐ Viana do Castelo
- ☐ Vila Real

#### **1.2 Idade: \_\_\_\_ anos**

#### **1.3 Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino**

#### **1.4 Estado Civil:**

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ União de Facto
- ☐ Casado(a)
- ☐ Divorciado(a) /Separado(a)
- ☐ Viúvo(a)

#### **1.5 Habilitações literárias**

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

#### **1.6 Tempo de Exercício Profissional: \_\_\_\_ Anos.**

(Número de meses se tiver menos de 1 ano) \_\_\_\_ Meses

#### **1.7 Categoria Profissional:**

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Graduado
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Supervisor

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

### 1.8 Categoria Profissional:

- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Enfermeiro(a) Especialista
- ☐ Enfermeiro(a) Chefe

### 1.9 Atualmente exerce funções de:

- ☐ Prestação de Cuidados
- ☐ Gestão
- ☐ Ambas

**2. CONTEXTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO** (enfermeiro indicado para estabelecer a comunicação com o utente, identificar as suas necessidades e capacidades; assegurar a colaboração dos familiares/prestadores de cuidados após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipas da instituição hospitalar e extra-hospitalar, meios para a continuidade de cuidados [Bernardino, 2010<sup>1</sup>])

**2.1 Tipo de Horário de Trabalho:** ☐ Horário Fixo ☐ Horário Rotativo

### 2.2 Quantos enfermeiros exercem funções no serviço onde trabalha?

Turno da manhã: \_\_\_\_ enfermeiros

Turno da tarde: \_\_\_\_ enfermeiros

Turno da noite: \_\_\_\_ enfermeiros

**2.3 Quantos enfermeiros de ligação (de acordo com a definição apresentada) existem no serviço onde exerce funções?**

**2.3.1. Existem \_\_\_\_ enfermeiros de ligação**

---

<sup>1</sup> BERNARDINO, Elizabeth, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev. bras. enferm.*, 2010, 63.3: 459-463.



Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

**2.3.2. Em que turnos exercem funções esses enfermeiros de ligação?**

Turno da manhã: \_\_\_\_ enfermeiros de ligação

Turno da tarde: \_\_\_\_ enfermeiros de ligação

Turno da noite: \_\_\_\_ enfermeiros de ligação

**2.3 Quem solicita a Continuidade de Cuidados?**

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Assistente Social
- ☐ Outros. Especifique \_\_\_\_\_.
- ☐ Todos

**2.4 Através de que meio é solicitada a Continuidade de Cuidados?**

- ☐ Sistema informático
- ☐ Telefone
- ☐ Formulário específico (em papel)
- ☐ *Email*
- ☐ Outros. Especifique \_\_\_\_\_.

**2.5 Qual o meio de comunicação utilizado entre o enfermeiro de ligação e os demais profissionais?**

- ☐ Sistema informático
- ☐ Telefone
- ☐ Formulário específico
- ☐ *E-mail*
- ☐ Outros. Especifique \_\_\_\_\_.

**2.6 Utiliza um formulário específico para as suas funções como enfermeiro de ligação?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

### 3. AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE

#### 3.1 Realiza exame físico na avaliação inicial do doente?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

##### 3.1.1 Se a resposta à pergunta 3.1 for Não. Responda porquê?

---

---

#### 3.2 Realiza entrevista com o doente na avaliação inicial?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

##### 3.2.1 Se a resposta à pergunta 3.2 for Sim, quais os itens abordados?

---

---

#### 3.3 Habitualmente contacta algum familiar para participar na Avaliação inicial?

- ☐ Sim. Quando \_\_\_\_\_?
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

#### 3.4 Utiliza algum instrumento para avaliar o risco de reinternamento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

##### 3.4.1 Se a resposta for Sim, cite qual o instrumento?

---

---

#### 3.5 Documenta o risco de reinternamento do doente?

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**3.5.1 Se a resposta à pergunta 3.5 for Sim, onde regista o Risco de reinternamento?**

---

---

**3.6 Que outras atividades realiza na Avaliação Inicial ao doente?**

---

---

**3.7 No processo de continuidade de cuidados o seu papel é:**

- ☐ Enfermeira(o) coordenador/a da Equipa de Gestão de Altas (EGA)
- ☐ Enfermeira(o) gestor do serviço
- ☐ Enfermeira(o) generalista que presta cuidados
- ☐ Enfermeira(o) de referência

#### **4. COORDENAÇÃO DOS RECURSOS E SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS**

**4.1 Tem conhecimento prévio dos recursos externos (ex. medicação, oxigénio, ajudas técnicas) necessários para a continuidade de cuidados?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**4.1.1 Se a resposta à pergunta 4.1 for Sim, de que forma teve este conhecimento?**

---

---

**4.2 Existe uma rede de apoio intra-hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade dos cuidados?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

**4.2.1 Se a resposta da pergunta 4.2 for sim, descreva como funciona a rede de apoio intra-hospitalar.**

---

---

**4.3 Existe uma rede de apoio extra hospitalar que auxilia na coordenação da continuidade do cuidado?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**4.3.1 Se a resposta da pergunta 4.3 for sim, descreva como funciona a rede de apoio extra hospitalar?**

---

---

**4.4 Como identifica a Unidade de Cuidados Continuados (ex. UMDR, ULDM, ECCI, UCP, EISCP) para a qual o doente irá ser encaminhado?**

---

---

**4.4.1 Se a resposta da pergunta 4.4 for Sim, de que forma?**

---

---

**4.5 Tem conhecimento prévio dos profissionais que receberão o doente na Unidade de Cuidados Continuados?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**4.6 Habitualmente referencia os doentes com necessidade de continuidade de cuidados para que sistemas:**

- ☐ Família
- ☐ Cuidados continuados /EGA
- ☐ USF
- ☐ Todos os anteriores
- ☐ Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

## 5. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE ALTA DO DOENTE

---

---

### 5.1 Quando é iniciado o plano de alta do doente?

---

---

### 5.2 Há envolvimento de outros profissionais no plano de alta do doente?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

#### 5.2.1 Se a resposta da pergunta 5.2 for Sim, assinale os profissionais envolvidos no plano de alta do doente:

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Assistente Social
- ☐ Enfermeiro coordenador da EGA
- ☐ Psicólogo
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Nutricionista
- ☐ Outros. \_\_\_\_\_
- ☐ Todos

### 5.3 Existe um coordenador do plano de alta?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

**5.3.1 Se a resposta da pergunta 5.3 for Sim, quem é o coordenador do plano de alta?**

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Assistente Social
- ☐ Enfermeiro coordenador da EGA
- ☐ Outro. \_\_\_\_\_

**5.4 Quais são os principais itens do plano de alta?**

---

---

---

**5.5 Os familiares são envolvidos no plano de alta?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.6 Habitualmente contacta com algum familiar no dia da alta?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.7 Realiza as orientações do plano de alta ou delega a outro profissional?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.8 O plano de alta é entregue ao doente no momento da alta hospitalar?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.8.1 Se a resposta à pergunta 5.8 for Não, como a unidade de saúde que recebe o doente tem acesso ao plano de alta?**

---

---

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

**5.9 Faz plano de alta a todos os doentes internados no seu serviço?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.10 Usa critérios para identificar, nas primeiras 48 horas, riscos de problemas com a alta?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**5.11 Especifique condições do cliente possíveis de se identificar nas primeiras 48h e que têm implicações na alta** (Assinale todas as afirmações que considera aplicar-se):

- ☐ Pessoas dependentes nos autocuidados
- ☐ Pessoas a viver sozinhas
- ☐ Vítimas de maus tratos ou negligência
- ☐ Indigentes
- ☐ Doenças crónicas agudizadas
- ☐ Úlceras e pressão múltiplas
- ☐ Queda no domicílio
- ☐

Outras.

Especifique \_\_\_\_\_

**5.12 Quer deixar outras sugestões sobre o plano de alta do doente?**

**6. FORMAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO DO HOSPITAL E OS PROFISSIONAIS DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS**

**6.1 Como é que o profissional da unidade de cuidados continuados que recebe o doente toma conhecimento que este será encaminhado?**

- ☐ Sistema informático
- ☐ Contato telefónico entre os profissionais
- ☐ Troca de *email* entre os profissionais
- ☐ Carta entregue pelo doente
- ☐ Plano de alta entregue pelo doente
- ☐ Formulário impresso
- ☐ Outros. \_\_\_\_\_

**6.2 Quando é que o profissional da unidade de cuidados continuados que recebe o doente é informado sobre o encaminhamento do mesmo?**

- ☐ Não é informado
- ☐ No dia da alta

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

- ☐ Depois da alta
- ☐ Um dia antes da alta
- ☐ Uma semana antes da alta

## **7. ACOMPANHAMENTO DO DOENTE APÓS ALTA HOSPITALAR**

**7.1 No seu serviço, existem indicadores que avaliam o processo de transição do doente?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**7.1.1 Se a resposta da pergunta 7.1 for Sim. Cite os indicadores que avaliam o processo de transição?**

**7.2 O doente pode entrar em contacto com a enfermeira responsável pela alta?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**7.2.1 Se a resposta da pergunta 7.2 for Sim. Como pode o doente entrar em contacto com a enfermeira?**

- ☐ Telefone
- ☐ Agendamento de Consulta
- ☐ *E-mail*
- ☐ Outros

## **8. REINTERNAMENTO DO DOENTE**

**8.1 É informada sobre o reinternamento de um doente?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**8.2 Existe um período de tempo entre a alta do doente e o reinternamento para que desenvolva alguma ação?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica



Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

**8.2.1 Se a resposta da pergunta 8.2 for Sim. Qual é o tempo?**

- ☐ Na Admissão
- ☐ Nas primeiras 24 horas
- ☐ Quando se está a pensar dar novamente alta

**8.2.2 Se a resposta da pergunta 8.2 for Sim. Quais as principais ações nestas circunstâncias?**

**8.3 Quando o doente é reinternado, informa o profissional da unidade de cuidados continuados para a qual o doente foi encaminhado?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**8.4 Conversa com o familiar/cuidador sobre as causas do reinternamento do doente?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

**9. FATORES QUE FACILITAM/DIFICULTAM AS ATIVIDADES DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO**

**9.1 Quais são os fatores que facilitam a sua atividade como enfermeira de ligação?**

**9.2 Quais são os fatores que dificultam as suas atividades como enfermeira de ligação?**

**10. COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA ATUAR COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO**

**10.1 Quais são as competências que considera essenciais para atuar como enfermeira de ligação?**

Assinale com uma cruz (X) a quadrícula correspondente à sua situação.

## **11. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS**

**11.1 Como desenvolve as competências para atuar como enfermeira de ligação?**

## **12. PERGUNTA COMPLEMENTAR**

**12.1 Quer acrescentar algo sobre as atividades que desenvolve e que não tenha sido questionado anteriormente?**

Anexo II - Declarações de Consentimento enviadas aos hospitais públicos da região Norte

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO


Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_

(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Hospital de Braga,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Hospital de Braga para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,

Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Hospital Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_

(assinatura do participante no estudo)



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_

(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Porto, E.P.E. ,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Porto, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Hospital S. João, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Hospital S. João, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,

Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar de Vila Real,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,

Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar de Vila Real para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.a. Senhor(a) Diretor do Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E,

Eu, Maria José Carreira dos Santos, aluna do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende analisar *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais – Elos de ligação* através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da região norte do país.

Solicitamos a V/ autorização para aceder aos enfermeiros do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Grata pela sua atenção, e sem mais a acrescentar,  
Apresento os meus cumprimentos



Maria José dos Santos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, ter autorizado o acesso aos enfermeiros do Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E para o preenchimento totalmente voluntário do questionário por parte destes, confiando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que está garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante no estudo)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Senhor Doutor da Centro Hospitalar Filomena de Vasconcelos do Castelo,

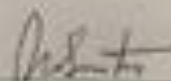
Eu, Maria José Correia dos Santos, aluna do Mestrado em Direito e Ciências dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a realizar um estudo que pretende avaliar fatores de continuidade de cuidados nos Hospitais - Este ato implica a coleta de dados pessoais e a aplicação de um questionário aos enfermeiros de registo neste do país.

Solicito a Vª autorização para poder ser a utilização do hospital que dirige, e solicitar-lhes o preenchimento voluntário do referido questionário, assegurando-lhes a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, e que serão utilizados única e exclusivamente para os fins desta investigação.

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, quer, por favor, assinar este documento:

Como pela sua vontade, e sem mais a acrescentar.

Assinatura de Maria José Correia dos Santos



Maria José dos Santos

Eu, Senhor Doutor, (nome completo) \_\_\_\_\_

Declaro ter lido e compreendido este documento, as condições e termos de utilização do hospital Santa Maria da Luz, Lda - Hospital para o Povo e o preenchimento voluntário do questionário por parte dos enfermeiros, confirmando que a utilização dos dados recolhidos serão apenas utilizados para esta investigação e que esta garante a confidencialidade e o anonimato dos mesmos.

Por ser verdade, assino:

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante no estudo

Exmos. Colegas

Solicito a Vossa colaboração para implementar um estudo (através de um questionário que anexo), intitulado Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais - Elos de ligação, no âmbito da dissertação de Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem.

Este questionário destina-se a **todos os enfermeiros Elos de ligação/ enfermeiro coordenador da EGA/enfermeiro de referência ou enfermeiro responsável** pela preparação da alta do doente para o domicílio/Cuidados de Saúde Primários/ACESS quer para a RNCCI.

Por favor encaminhe o questionário para o máximo de enfermeiros possível.

**Desde já grata e disponível para retribuir o solicitado contributo dos meus estimados colegas.**

ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO: (enfermeiro indicado para estabelecer a comunicação com o utente, identificar as suas necessidades e capacidades; assegurar a colaboração dos familiares/prestadores de cuidados após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipas da instituição hospitalar e extra-hospitalar, meios para a continuidade de cuidados [Bernardino, 2010 ])

Nota: este conceito consta do Plano Nacional de Saúde

Maria José dos Santos

De<[geral.investigacao.defi@chporto.min-saude.pt](mailto:geral.investigacao.defi@chporto.min-saude.pt)>

Cc: <[mariajosesantosquestionarios@gmail.com](mailto:mariajosesantosquestionarios@gmail.com)>

Assunto: Pedido de colaboração e CI

Bom dia

Reencaminho este e-mail para poderes dar início ao processo.

Com os melhores cumprimentos

Sónia Calixto

Secretariado do Conselho Administração



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

Largo Prof. Abel Salazar

4099-001 Porto

Tel. 351 222 077 500 - Ext. 1320 / Direto: 351 220 900 643 / Fax: 351 220 900 644

E-mail: [sonia.calixto@chporto.min-saude.pt](mailto:sonia.calixto@chporto.min-saude.pt)

Web: [www.chporto.pt](http://www.chporto.pt)

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

**De:** maria José santos questionários [<mailto:mariajosesantosquestionarios@gmail.com>]

**Enviada:** terça-feira, 17 de Maio de 2016 16:58

**Para:** [secretaria.geral@chporto.min-saude.pt](mailto:secretaria.geral@chporto.min-saude.pt)

**Assunto:** Fwd: Pedido de colaboração e CI

Assunto: Fwd: Pedido de colaboração e CI

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do [Centro Hospitalar Porto, E.P.E.](#)

Solicito a Vossa colaboração para implementar um estudo (através de um questionário que anexo), intitulado *Práticas de continuidade de cuidados nos Hospitais - Elos de ligação*, no âmbito da dissertação de Mestrado em Direcção e Chefias dos Serviços de Enfermagem.

Este questionário destina-se a todos os enfermeiros *Elos de ligação/enfermeiro de referência* ou *enfermeiro responsável pela preparação da alta do doente*, quer para o domicílio/Cuidados de Saúde Primários, quer para a RNCCI.

O questionário é composto por questões que nos auxiliarão a conhecer melhor os factores que influenciam o planeamento de alta na garantia da qualidade assistencial. A sua contribuição é de enorme importância para a realização deste estudo.

Agradeço antecipadamente a colaboração e a atenção dispensada para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, Maio de 2016

**Maria José dos Santos EEER**



Bom dia,

Após análise do questionário constatamos que não efectuamos acções pelas quais somos questionados e, por esse motivo não respondemos ao inquérito.

Cumprimentos.

Madalena Meira (Enf.)

CGCA/EGA CHTS

**Telemóvel: 911071126 / BIP 6288**

**Número fixo do serviço: 914196268**

---

**De:** Mariajosesantos Questionarios [<mailto:mariajosesantosquestionarios@gmail.com>]

**Enviada:** sex 03-04-2016 9:31

**Para:**

**Assunto:** QUESTIONÁRIO

Bom dia Exmas(os) Colegas Coordenadores das EGAs R Norte,

Por favor solicito mais uma vez a sua colaboração para o preenchimento do questionário.

QUESTIONÁRIO: [https://docs.google.com/forms/d/1ErhjHy2xvo0MbH0GnShQjGc2iaTGkMNVAfjQXbw44Uw/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1ErhjHy2xvo0MbH0GnShQjGc2iaTGkMNVAfjQXbw44Uw/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

Este questionário destina-se a **todos os enfermeiros Elos de ligação/ enfermeiro coordenador da EGA/enfermeiro de referência ou enfermeiro**

**responsável pela preparação da alta do doente para o domicílio/Cuidados de Saúde Primários, quer para a RNCCI.**

*ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO: (...enfermeiro indicado para estabelecer a comunicação com o utente, identificar as suas necessidades e capacidades; assegurar a colaboração dos familiares/prestadores de cuidados após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipas da instituição hospitalar e extra-hospitalar, meios para a continuidade de cuidados [Bernardino, 2010 ])*

Com os melhores cumprimentos,

**Maria José dos Santos**

Enfermeira EER – Coordenadora da Equipa Gestão de Altas

-----

**CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE**

Largo da Misericórdia - 4490-421 Póvoa de Varzim

Tel.: 252 690 600 | Ext.: 788 | Tlm.: 963 934 298

E-mail: [ega@chpvc.min-saude.pt](mailto:ega@chpvc.min-saude.pt) | Internet: [www.chpvc.pt](http://www.chpvc.pt)



De: Conceição Silva Comissão de Ética do CHPVVC EPE

Data: 3 de abril de 2016 às 10:26:45 WEST

Para: "Maria jose santos Questionarios" <mariajosesantosquestionarios@gmail.com>

Assunto: RE: QUESTIONÁRIO

Serve a presente para informar que pode iniciar o seu trabalho no CHJPVVC EPE

Conceição Silva

---

**CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE**

Largo da Misericórdia - 4490-421 Póvoa de Varzim

Tel.: 252 690 600 | Ext.: 788 | Tlm.: 963 934 298

E-mail: [ega@chpvvc.min-saude.pt](mailto:ega@chpvvc.min-saude.pt) | Internet: [www.chpvvc.pt](http://www.chpvvc.pt)

De: geral@ulsm.min-saude.pt>

Data: 3 de Junho de 2016 às 09:33:50 WEST

Para: Maria José Santos Questionários <mariajosesantosquestionarios@gmail.com>

Assunto: RE: QUESTIONÁRIO

Bom dia,

Por favor pode enviar questionário on-line?

Cumprimentos

HPH

Telem. 912163919